



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**A relação entre estilos de personalidade,  
acontecimentos de vida, representações parentais  
e a suicidalidade em jovens adultos**

**Ana Teresa Sobrinho**

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2013





**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Psicologia**  
*Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde*

**A relação entre estilos de personalidade, acontecimentos de vida,  
representações parentais e a suicidalidade em jovens adultos**

Ana Teresa Sobrinho

**Orientador:**  
Prof. Doutor Rui C. Campos

Dezembro|2013



# Agradecimentos

---

*“(...) Saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo, é fundamental.”*

Antoine de Sant-Exúpery

Porque um trabalho desta natureza só é possível graças ao contributo de várias pessoas é com muito agrado que expresso a cada uma delas a minha gratidão pela sua participação nesta importante fase da minha formação académica.

O meu obrigado ao meu orientador, Prof. Doutor Rui C. Campos, pela sua disponibilidade, pelas suas críticas e sugestões e pelos constantes incentivos para me tornar cada vez mais autónoma, nunca deixando de dar o apoio necessário para a realização deste árdua tarefa. Serei sempre grata por todo o conhecimento que me ajudou a construir.

Agradeço à minha família. Aos meus pais que estiveram sempre presentes para me dar apoio, para me motivarem. Foram os dois um suporte emocional imprescindível nos dias mais difíceis com que pude partilhar todas as dificuldades com que me deparei e sempre, cada um à sua maneira, tiveram uma palavra/gesto que tornava tudo mais fácil. Ao meu irmão pela companhia e pelas brincadeiras que me ajudavam a descontraír entre uma leitura e outra.

Agradeço também ao João, o meu namorado, pelo apoio em termos emocionais, não me deixando baixar os braços em momento algum e ajudando-me a acreditar nas minhas capacidades. Obrigada por estares sempre comigo, fisicamente ou do outro lado do computador, mesmo que fosse até de madrugada. Para além de tudo isto, obrigada pela partilha da tua experiência e conhecimento em termos científicos.

Obrigada à Diana Inglês pela disponibilidade desde o primeiro momento. Não me esqueço de teres dito: *“Não sei muito do modelo mas se for preciso lêem-se umas coisas”*.

Obrigada à Nicole Rebelo por oferecer a sua ajuda antes mesmo de ser solicitada, pelos contactos que me facultou e por ir perguntando: *Como está a tese?...* Coisas que ajudam a não nos sentirmos sozinhos.

Agradeço ao Dr. Francisco Barrocas pela sua grande componente humana pois, não estando diretamente implicado no trabalho que estava a realizar, sempre se mostrou interessado em saber como estava a ser o processo e como o estava a viver

em termos emocionais. Obrigada por me de transmitir a tranquilidade que tanto o caracteriza.

Agradeço às minhas colegas e amigas Milene Alves e Sara Roxo pelos momentos de partilha de inquietações e ajuda mútua, é disto que é feita a amizade.

Agradeço ainda à minha colega Cristiana Mesquita os momentos de partilha de conhecimentos e colaboração ao longo deste ano.

Como não poderia deixar de ser agradeço a todos os professores que disponibilizaram tempo das suas aulas para a aplicação dos protocolos de investigação e aos estudantes que participaram neste estudo. Sem eles não seria possível.

Por fim deixo um agradecimento a todos os que aqui não referi mas que de alguma forma contribuíram e acreditaram que este trabalho chegaria a bom porto.

## **A relação entre estilos de personalidade, acontecimentos de vida, representações parentais e a suicidalidade em jovens adultos**

*Os comportamentos suicidários assumem-se como uma das principais causas de morte nos jovens adultos. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo testar um modelo introduzindo como variáveis preditoras da suicidalidade avaliada cinco meses depois, as variáveis representações parentais caracterizadas pela rejeição, os estilos de personalidade anaclítico e introjetivo, a perceção de acontecimentos de vida negativos e a depressão. Recorreu-se a um design longitudinal. Os 165 participantes responderam a um protocolo constituído pelo Questionário de Experiências Depressivas (QED), O Inventário de Memórias de Infância (EMBU), pela Escala de Avaliação de Acontecimentos de Vida (LES) e pela Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). O modelo testado ajusta-se de forma satisfatória aos dados. Espera-se que estes resultados contribuam para a prevenção da suicidalidade no jovem adulto.*

**Palavras-chave:** *suicidalidade, jovem adulto, representações parentais, estilos de personalidade, acontecimentos de vida, depressão*

# Abstract

---

## **The relationship between personality styles, life events, parental representations and suicidality in young adults**

*The suicidal behaviours are assumed as one of the main causes of death in young adults. In this sense, the present study aimed to test a model introducing as predictor variables of suicidality evaluated five months after, the parental representations characterized by rejection, anaclitic and introjective personality styles, perception of life events and depression to suicidality in the long term. We used a longitudinal design. The 165 participants answered a protocol consisting by the Depressive Experiences Questionnaire (QED), Inventory for assessing Memories of Parental Rearing Behavior (EMBU), Life Experience Survey (LES) and the Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D). The tested model fits the data satisfactorily. It is expected that these results contribute to the prevention of adult suicidality.*

**Key-Words:** *suicidality, young adult, parental representations, personality styles, life events, depression*



# Índice Geral

---

	<i>Página</i>
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>I - Enquadramento Teórico .....</b>	<b>5</b>
Capítulo 1: Suicidalidade no jovem adulto .....	5
Capítulo 2: Estilos de personalidade e suicídio: O modelo de Sydney Blatt .....	9
2.1. Os estilos de personalidade anaclítico e introjetivo .....	10
2.2. Avaliação dos estilos de personalidade: O Questionário de Experiências Depressivas .....	12
2.3. Relação precoce, estilos de personalidade e depressão .....	13
2.4. Estilos de personalidade e suicidalidade no jovem adulto .....	17
Capítulo 3: Representações parentais e perturbação psicológica .....	19
3.1. Representações parentais e psicopatologia .....	20
3.2. Representações parentais e vulnerabilidade à depressão .....	21
3.3. Representações parentais e suicidalidade no jovem adulto .....	23
Capítulo 4: Acontecimentos de vida, depressão e suicidalidade no jovem adulto .....	25
4.1. Acontecimentos de vida e depressão no jovem adulto .....	26
4.2. Acontecimentos de vida e suicidalidade no jovem adulto .....	27
<b>II - Estudo Empírico .....</b>	<b>31</b>
Capítulo 5: Enquadramento e objetivos de investigação .....	31
Capítulo 6: Método .....	37
6.1. Participantes .....	37
6.2. Instrumentos .....	38

6.2.1. Questionário de Experiências Depressivas (QED) .....	38
6.2.2. Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCR-S) .	40
6.2.3. Memórias de Infância (EMBU) .....	41
6.2.4. Escala de Avaliação de Acontecimentos de Vida (LES) .....	42
6.2.5. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) .....	44
6.3. Procedimento .....	45
6.3.1. Procedimento de recolha de dados .....	45
6.3.2. Procedimento de análise de dados .....	45
Capítulo 7. Resultados .....	47
7.1. Análise preliminar .....	47
7.2. Modelação de equações estruturais .....	47
Capítulo 8. Discussão .....	53
<b>Conclusões, implicações clínicas e direções futuras .....</b>	<b>57</b>
<b>Referências .....</b>	<b>61</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>79</b>
Anexo I – Protocolo de Investigação .....	80
Anexo II – Lista dos acontecimentos de vida inicialmente seleccionados .....	87
Anexo III – Correlações entre os itens seleccionados do LES e a suicidalidade ..	88

# Índice de Tabelas

---

	<i>Página</i>
<b>Tabela 1.</b>	
Variáveis demográficas da amostra final (N=165) .....	38
<b>Tabela 2.</b>	
Correlações entre as variáveis em estudo .....	49

# Índice de Figuras

---

	<i>Página</i>
<b>Figura 1.</b>	
Modelo em estudo .....	32
<b>Figura 2.</b>	
Modelo a testar .....	50
<b>Figura 3.</b>	
Modelo final .....	51



# Introdução

---

O suicídio tem sido uma área de estudo relevante para diferentes disciplinas das ciências sociais, nomeadamente a psicologia. É uma realidade presente desde os primórdios da existência humana, constituindo-se como um problema de saúde pública (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012). Este comportamento pode ser considerado como uma contradição a um dos instintos básicos do Homem, o instinto de sobrevivência (Ramos, 2009).

Apesar da sua manifestação em todas as faixas etárias, sabe-se que a entrada na vida adulta é uma fase desenvolvimental em que a ocorrência de comportamentos suicidários se exacerba. Em termos epidemiológicos, dados da OMS (2012) revelam que é entre os 17 e os 22 anos que se encontram as taxas mais elevadas de suicídio entre os jovens. No entanto, os números relativos ao suicídio neste intervalo etário representam uma pequena percentagem da que deve ser tida em conta no estudo da suicidalidade, uma vez que o suicídio consumado representa apenas uma ínfima parte de um *continuum* que engloba as diferentes manifestações suicidárias, desde a intenção, a ideação, o plano, as tentativas de suicídio não consumadas até ao suicídio consumado. É mediante esta complexidade que surge justamente o conceito de suicidalidade (Gassmann-Mayer et al., 2011).

Olhando para o caso específico do jovem adulto, as razões por detrás da manifestação deste comportamento não têm sido suficientemente investigadas. Contudo, pensando nesta fase em termos desenvolvimentais, as manifestações suicidárias poderão ser impulsionadas pela vivência de grandes mudanças e assunção de novos papéis e responsabilidades (Fawcett, Busch, Jacobs, Kravitz & Fogg, 1997; Malone, Quinlivan, Grant & Kelleher, 2013) que poderão gerar elevados níveis de *stress* e sofrimento psicológico aos indivíduos que experienciam tais mudanças/acometimentos de vida. Apesar de todos os jovens vivenciarem experiências semelhantes, nem todos apresentam ideias ou comportamentos suicidários. É com base nesta ideia que se pode pensar que as vulnerabilidades presentes no indivíduo assumem um papel importante para a compreensão e prevenção da suicidalidade.

Entre essas vulnerabilidades encontrar-se-ão as relações precoces disfuncionais que poderão levar ao desenvolvimento de representações, também elas disfuncionais, das figuras parentais. Segundo a literatura atual, são as representações parentais marcadas por rejeição aquelas que colocam o indivíduo em maior risco (e.g., Blatt & Homman, 1992; Campos Besser & Blatt, 2013; Russek & Schwartz, 1997; Titelman, Nilsson, Svensson,

Karlsson & Bruchfeld, 2011). Também os estilos de personalidade, nomeadamente os estilos anaclítico e introjetivo assumem-se como vulnerabilidades, podendo contribuir para o risco de suicídio (e.g., Fazaa & Page, 2003). Por fim, a depressão apresenta-se como a manifestação psicopatológica mais associada à suicidalidade (European Alliance Against Depression [EAAD], n.d.), sendo impossível estudar e prevenir esta última sem atender à vulnerabilidade gerada pela depressão.

Reconhecendo-se estes fatores que sistematicamente se apresentam importantes na previsão da suicidalidade e considerando-se o risco em que se encontram os indivíduos nesta fase da vida devido a vulnerabilidades internas (e.g., estilos de personalidade, representações parentais e depressão) e externas (e.g., acontecimentos de vida negativos), este estudo pretende contribuir para a compreensão do papel de cada um destes fatores para a previsão da suicidalidade no jovem adulto. Mais ainda, espera-se que os resultados obtidos possam dar um contributo para a prática clínica no sentido da prevenção da suicidalidade nesta população específica, contribuindo para a manutenção do bem-estar físico e psicológico dos jovens adultos.

Metodologicamente, para cumprir o objetivo inicial deste estudo recorreu-se a uma amostra de jovens adultos para a avaliação das variáveis em estudo (i.e., estilos de personalidade, representações parentais, acontecimentos de vida, sintomatologia depressiva e suicidalidade). Tendo em conta a fase desenvolvimental que a população em estudo atravessa, o contexto universitário assumiu-se como o mais acessível para se chegar junto da amostra pretendida. Assim, a amostra (de conveniência) foi constituída maioritariamente por estudantes da universidade de Évora pertencentes a diferentes cursos e anos quer de 1º, quer de 2º ciclo de estudos.

Em termos práticos, realizou-se um estudo longitudinal com dois momentos de recolha de dados separados por, aproximadamente, cinco meses. No momento 1 avaliaram-se os estilos de personalidade – introjetivo e anaclítico – com recurso ao Questionário de Experiências Depressivas (QED), versão portuguesa de Campos (2000, 2009); as representações parentais através do Inventário de Memórias de Infância (EMBU), versão portuguesa de Canavarro (1996); os acontecimentos de vida, através de uma soma compósita obtida através de alguns itens da Escala de Avaliação de Acontecimentos de Vida (LES), versão portuguesa de Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos (2003) e; a sintomatologia depressiva através da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2004). No momento 2 foi, novamente, medida a depressão com recurso à CES-D e a suicidalidade através da versão portuguesa do Questionário de Comportamentos Suicidários (QCS-R) (Campos, Rebelo & Abreu, 2011).

Com base nos dados obtidos foi testado um modelo que prevê diversas relações entre as variáveis independentes e entre estas e a suicidalidade (variável dependente) a longo prazo. Para além dos efeitos diretos das variáveis independentes na suicidalidade, testaram-se os efeitos indiretos entre as variáveis, uma vez que o fenómeno psicológico em estudo – suicidalidade – resulta de uma relação complexa entre fatores.

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes, sendo a primeira constituída por quatro capítulos. No primeiro capítulo explora-se o conhecimento atual acerca da suicidalidade no jovem adulto e são apresentados alguns dados epidemiológicos relativos ao comportamento suicidário nesta fase do ciclo vital, evidenciando-se desta forma a pertinência do presente estudo.

Em seguida, no capítulo 2 descreve-se o modelo de Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade, modelo que define dois estilos de personalidade com características distintas. Será este o modelo teórico da personalidade que servirá de base conceptual a este trabalho. Neste capítulo é também abordada a relação entre os estilos de personalidade, a depressão e a suicidalidade no jovem adulto e a utilização do QED na avaliação destes dois estilos de personalidade.

No capítulo 3 é abordada a temática das representações parentais e o seu impacto no funcionamento do indivíduo, nomeadamente enquanto vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e da suicidalidade.

Por fim, o capítulo 4 aborda a variável situacional em estudo, os acontecimentos de vida, definindo-os e identificando aqueles que têm apresentado relação com a depressão e a suicidalidade.

A segunda parte deste trabalho corresponde ao estudo empírico. Primeiramente, no capítulo 5 é apresentado o modelo que será testado e são elencados os objetivos desta dissertação. Em seguida, no capítulo 6 é caracterizada a amostra em estudo, com base nos dados demográficos recolhidos, são apresentados os instrumentos utilizados e são descritos os procedimentos estatísticos que serão utilizados. No capítulo 7 apresentam-se então os resultados obtidos e no capítulo 8 a respetiva discussão com base nos objetivos inicialmente propostos. Termina-se com as conclusões e implicações clínicas deste trabalho, bem como as limitações e propostas de estudos futuros.





# I – Enquadramento Teórico

---

## Capítulo 1: Suicidalidade no jovem adulto

O suicídio é um comportamento exclusivo do Homem que se manifesta desde os primórdios da sua existência, expressando-se de forma transversal em todas as culturas, classes sociais e momentos do ciclo de vida (Ramos, 2009), embora com especial relevância na adolescência, adultícia jovem e velhice (OMS, 2012).

Dados recentes mostram que o suicídio constitui uma das principais causas de morte em todo o mundo, sendo considerado um problema de saúde pública (OMS, 2012). Em cada ano morre quase um milhão de pessoas por suicídio, um número que tende a aumentar. Em 1998 este problema constituía 1,8% do total de doenças considerado pela OMS esperando-se que em 2020 atinja uma percentagem de 2,4% (OMS, 2012). Não obstante a pertinência de se atender aos dados referidos, deve ter-se em atenção as tentativas não consumadas que revelam uma grande expressividade, atingindo um valor até cerca de 20 vezes superior ao suicídio consumado (Fotti, Katz, Afifi & Cox, 2006).

Olhando a ocorrência de suicídio no nosso país ao longo dos anos, verifica-se um aumento das mortes por suicídio desde 1950 a 2009 havendo um pico acentuado em 2004 (11,5%). É no Alentejo que se verifica uma maior prevalência deste fenómeno (Saraiva, 2010).

O risco de desenvolver ideação e/ou comportamento suicidário exacerba-se entre os 17 e os 22 anos, sendo que no caso dos jovens adultos o suicídio constitui a segunda causa de morte em todo o mundo, logo a seguir aos acidentes rodoviários (OMS, 2012). Dados referentes aos EUA, recolhidos junto de adolescentes e jovens adultos (Lubell, Kegler, Crosby & Karch, 2007), revelam que é entre os 10 e os 24 anos que este problema se torna mais expressivo. Ainda no que respeita aos EUA, numa amostra de estudantes universitários constatou-se uma maior expressão do risco do suicídio entre os 20 e os 24 anos (Silverman, Meyer, Sloane, Raffel & Pratt, 1997). O nosso país reflete esta mesma realidade (OMS, n.d.).

Pela sua expressão e, particularmente, pela constatação de que é comum em jovens adultos (e.g., Lubell et al., 2007; Hooven, Snedker & Thompson, 2012; Kessler, Berglund, Borges, Nock & Wang, 2005; Nock et al., 2008; O'Carroll et al., 1996) e cada vez mais letal (Breton et al., 2002; Hawton & van Heeringen, 2009), a suicidalidade,

conceito que remete, como foi dito na introdução, para uma espécie de um *continuum* que vai desde a ideação suicida ligeira - passiva ou ativa - até ao comportamento suicida fatal e abarca o plano, as tentativas interrompidas e consumadas (Gassmann-Mayer et al., 2011), tem sido alvo de grande interesse pelos investigadores (e.g., Campos, Besser & Blatt, 2012; Hooven et al., 2012).

Uma questão intrigante que se coloca perante o comportamento suicidário é: *quais as motivações para desejar pôr fim à vida?* Pode mesmo pensar-se que desejar a morte é contra a natureza humana. No entanto, o suicídio pode ser equacionado como o fim da linha, a única solução que se apresenta ao indivíduo perante a vivência de uma dor emocional que se torna insuportável ou, como uma chamada de atenção, na esperança de ser salvo, não tendo como intenção morrer mas sim, alertar os outros para a sua dor emocional (Sociedade Portuguesa de Suicidologia [SPS], 2013).

No jovem adulto as tentativas de suicídio parecem apresentar-se como uma estratégia de fuga às dificuldades experienciadas na assunção de novos papéis e responsabilidades associadas a esta fase de vida (Fawcett et al., 1997; Malone et al., 2013). Perante níveis elevados de mal-estar psicológico, o suicídio pode surgir como uma possível solução para terminar um percurso marcado por insucessos (Coimbra de Matos, 2001) e sofrimento (Hamilton & Schweitzer, 2000). A angústia torna-se tão intensa e insuportável que o indivíduo não encontra outras estratégias para lidar com os seus problemas (SPS, 2013).

Hamilton e Schweitzer (2000) atendendo especificamente a um dos papéis e responsabilidades que os jovens adultos frequentemente assumem, o de estudante universitário, afirmam que o ensino superior se apresenta muitas vezes como um contexto *stressor*, especialmente quando o indivíduo sente que não dispõe dos recursos necessários para corresponder às expectativas individuais e sociais resultando num aumento do *stress* e baixos níveis de autoestima. As dificuldades vivenciadas neste contexto podem colocar em causa a saúde emocional do jovem conduzindo, por vezes, a um aumento acentuado do mal-estar psicológico (*distress*) que pode ser um fator de risco para o suicídio (Campos et al., 2012).

Sendo o suicídio uma espécie de último recurso torna-se importante perceber as motivações para este comportamento, e as dimensões – internas e externas – que podem colocar o indivíduo em risco.

Embora a taxa de ideação e de tentativas de suicídio seja mais elevada nas mulheres, as tentativas de suicídio dos indivíduos do sexo masculino apresentam uma maior letalidade (Campos et al., 2012; Canetto & Sakonifsky, 1998; Nock et al., 2008;

Quin, Agerdo, Westergard-Neilson, Eriksson & Mortensen, 2000; Reinherz et al., 1995; Zhang, McKeown, Hussey, Thompson & Woods, 2005). Dados obtidos pela OMS referentes ao ano 2012, corroboram estes resultados, apontando para a existência de uma associação entre o sexo do indivíduo e a letalidade das tentativas de suicídio, sendo as tentativas de suicídio consumadas mais frequentes em homens (15,6%) do que em mulheres (4,0%).

É relevante perceber que outros fatores podem contribuir para a manifestação deste fenómeno, pois o sexo, por si só, não permite identificar indivíduos potencialmente suicidas. O sexo pode interagir com determinados fatores precipitantes identificados na literatura (e.g., Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003; Fazaa & Page, 2003; Hawton, et al., 2003). Um desses fatores é a presença de psicopatologia, especialmente a depressão (e.g., Campos et al., 2012; Campos et al., 2013; Dixon, Heppner & Anderson, 1991; Galambos, Barker & Krahn, 2006; Yen et al., 2003), sendo também frequente a ansiedade (Jegannathan & Kullgren, 2011) e sentimentos de raiva e hostilidade (Daniel & Godston, 2009; Hawton & van Heeringen, 2009). Diversos estudos (Cavanagh et al., 2003; Hawton et al., 2003; Kim et al., 2005; Mora et al., 2003) verificaram que cerca de 95% dos jovens adultos que cometeram suicídio apresentavam algum tipo de psicopatologia ou antecedentes familiares de perturbação mental.

Para além da psicopatologia, as evidências empíricas demonstram a relevância das questões relacionais para a suicidalidade, nomeadamente a relação com os pares (Beautrais, 2003; Fergusson, Woodward & Horwood, 2000) e as dinâmicas familiares (McGee, Williams & Nada-Raja, 2001; Gutierrez, Osman, Kopper, Barrios & Bagge, 2000). As relações com os pares, especialmente na adolescência e adultícia jovem desempenham um papel crucial na manutenção do bem-estar, ajudando o jovem adulto a lidar com as dificuldades sentidas. Os pares partilham as mesmas inquietações e apresentam uma maior proximidade etária e por vezes física – no caso dos jovens que não vivem com os pais – (Fleming, 1993; O'Donnell, O'Donnell, Wardlaw & Stueve, 2004). Daí que, quando o indivíduo tem a perceção de que dispõe de um conjunto de pessoas em quem pode confiar, que o valorizam, que gostam de si (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983) e às quais pode recorrer caso necessite, poderá torna-se mais fácil manter o bem-estar psicológico e lidar com os desafios da entrada na vida adulta. Quando pelo contrário está presente a perceção de ausência de apoio social, é frequente o desenvolvimento de sentimentos de abandono, podendo levar ao desejo de terminar com a vida, evitando o sofrimento (O'Donnell et al., 2004).

No que respeita à importância das relações familiares, nomeadamente das relações familiares precoces, verifica-se uma associação entre a qualidade das relações de vinculação e a ideação suicida no início da vida adulta (Gutierrez et al., 2000; McGee et al., 2001; Palitsky, Mota, Afifi, Downs & Sareen, 2013).

Também a forma como o indivíduo percebe e lida com os acontecimentos de vida desta fase é influenciada pelas relações que manteve precocemente e que mantém nesta fase da sua vida (Cavanagh, et al., 2003; Dixon et al., 1991; Fawcett et al., 1997; Heikkinen, Aro & Lönnqvist, 1994; King et al., 2001; Malone et al., 2013; Paykel, Prusoff & Myers, 1975; Vilhjalmsón, Kristjansdóttir & Sveinbjarnardóttir, 1998). Os traços de personalidade, por outro lado, podem contribuir também para a forma como os sujeitos percebem os acontecimentos de vida, para o tipo de relações potencialmente perturbadas que mantêm e também para a vulnerabilidade à ocorrência de psicopatologia (Fazaa & Page, 2003; Yen et al., 2003). Determinados traços de personalidade, nomeadamente o auto-críticismo (Fazaa & Page, 2003; O'Connor, 2007; O'Connor & Noyce, 2008), constituem fatores internos de risco para o suicídio (Beautrais, 2003; Beevers & Miller, 2004; Fergusson et al., 2000). A vulnerabilidade criada pela personalidade pode interagir com fatores externos (e.g., ausência de suporte social; acontecimentos de vida negativos) precipitando a manifestação de mal-estar e *distress* que pode levar ao suicídio (Brezo, Paris & Turecki, 2006).

Na verdade, a suicidalidade pode ser vista como um fenómeno multidimensional (Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004; Shneidman, 1987), resultante de relações recíprocas entre fatores internos e externos, nomeadamente: características da personalidade (Campos et al., 2012; Fazaa & Page, 2003); representações parentais disfuncionais (Campos et al., 2013; Esposito, Spirito, Boergers & Donaldson, 2003); o ambiente em que o indivíduo está inserido e os acontecimentos que vivencia (Clarke, Bannon & Denihan, 2003).

## Capítulo 2: Estilos de personalidade e suicídio: O modelo de Sidney Blatt

Diversas formulações teóricas acerca do desenvolvimento salientam a relevância do relacionamento e da autodefinição para o desenvolvimento da personalidade (Blatt & Blass, 1992) defendendo-se a integração destas duas dimensões como essenciais para o desenvolvimento adaptativo do indivíduo. É nesta linha teórica que surge o modelo de desenvolvimento da personalidade de Sydney Blatt (1990, 1995, 2004, 2008). Blatt (1990, 1995) baseou-se na reflexão de vários autores para a elaboração do seu modelo, nomeada e especialmente nas ideias de Erikson (1950 – veja-se revisão em Blatt, 2008). Introduziu algumas alterações no modelo teórico deste último autor, de modo a enfatizar o papel do relacionamento para o desenvolvimento da personalidade, já que Erikson enfatizou muito mais a construção da identidade como fim último do processo de desenvolvimento (Blatt & Blass, 1996).

Segundo Blatt (1990) e Blatt e Shichman (1983), o desenvolvimento e a organização da personalidade requerem um processo sinérgico de integração de experiências de relacionamento interpessoal e de autodefinição, processo este que ocorre ao longo de todo o ciclo vital. Estes dois processos, relacionamento e autodefinição, evoluem de uma forma interativa, dialética, recíproca e mutuamente facilitadora ao longo de todo o desenvolvimento (Blatt & Blass, 1992). Quer isto dizer que o desenvolvimento de um sentido do *Self* maduro e integrado facilita o estabelecimento de relações interpessoais, também elas, progressivamente mais estáveis e maduras que consequentemente promovem a evolução e diferenciação do *Self* (Blatt, 1991).

Embora este modelo conceptualize o desenvolvimento da personalidade como um processo sinérgico de integração entre os dois aspetos referidos (i.e., autodefinição e relacionamento interpessoal), dentro dos parâmetros da normalidade, é frequente que o indivíduo exacerbe, de forma adaptativa, um dos processos e se centre numa das linhas desenvolvimentais, revelando uma maior preocupação com as questões do relacionamento interpessoal – linha anaclítica – ou com as questões da autodefinição – linha introjetiva. Deste modo, estruturam-se dois estilos de personalidade, estilo anaclítico e estilo introjetivo, consoante a ênfase é colocada no relacionamento interpessoal ou na autodefinição, respetivamente. Cada um dos estilos, anaclítico ou dependente e, introjetivo ou de auto-criticismo, apresentam características específicas (Blatt, 2008; Blatt, Cornell & Eshkol, 1993; Blatt & Schiman, 1983).

## **2.1. Os estilos de personalidade anaclítico e introjetivo**

As características constituintes dos dois estilos de personalidade referidos são dinâmicas e interativas (Blatt & Zuroff, 1992), sendo a personalidade adaptativa aquela em que se verifica uma combinação integrada de características anaclíticas e introjetivas, permitindo ao indivíduo desenvolver um sentido integrado do *Self* (i.e., autodefinição) e um estilo relacional adaptativo (i.e., relacionamento interpessoal), ambos flexíveis e adaptáveis às circunstâncias ambientais (Blatt, 2008). Embora prevaleçam, habitualmente, características marcadas de uma ou outra linha desenvolvimental, para este desenvolvimento harmonioso, contribuem vários fatores como a interação com outros significativos, através da qual o indivíduo interioriza aspetos da qualidade do relacionamento e sentimentos sobre o *Self* (Blatt & Blass, 1990, 1996; Blatt & Shichman, 1983).

Em resultado de desvios ligeiros no processo de desenvolvimento, o indivíduo assume uma de duas possíveis *trajetórias*, construindo um estilo de carácter particular (anaclítico ou introjetivo), mas nos extremos, uma centração excessiva numa das linhas de desenvolvimento, em detrimento da outra, permite definir duas formas de vulnerabilidade à psicopatologia, nomeadamente à depressão (Blatt & Schiman, 1983). Ou seja, quando o indivíduo apresenta traços desadaptativos da personalidade (i.e., marcadamente auto-críticos ou dependentes), estes podem constituir-se como vulnerabilidades para o desenvolvimento de diferentes formas de psicopatologia (Campos, Sobrinho & Mesquita, 2013)

Os indivíduos anaclíticos/dependentes (i.e., aqueles que colocam maior ênfase no relacionamento interpessoal) apresentam um estilo cognitivo mais figurativo e são mais intuitivos, tomando decisões com base nos afetos e emoções em detrimento da razão. São integrativos, ou seja, têm uma abordagem integrada dos diferentes elementos constituintes da realidade (Blatt, 2008; Blatt et al., 1993; Blatt & Shichman, 1983). Este estilo cognitivo reflete-se no estilo relacional destes indivíduos uma vez que tendem a procurar experiências de fusão e harmonia relacional (Blatt, 2008). São facilmente influenciados pelo ambiente e pelos outros, procurando o bem-estar, através da segurança e cooperação nas relações íntimas, ou seja, o seu principal objetivo é a manutenção de trocas afetivas e o reconhecimento externo, mantendo assim a estabilidade da sua auto-estima (Blatt, 2008).

Em termos relacionais os indivíduos anaclíticos tendem a apresentar um estilo de vinculação ansioso (Blatt & Homann, 1992), o que se reflete num medo intenso e crónico da separação, em preocupações somáticas, sentimentos de desamparo,

incapacidade de lidar com o *stress* e sentimentos de abandono. Perante situações que façam emergir sentimentos de abandono, a dor emocional torna-se bastante intensa e só é amenizada mediante a conquista de um novo objeto relacional (Mongrain, 1993).

Numa tentativa de evitar confrontar-se com o conflito e manter a estabilidade (Braconnier, 2000) os indivíduos com uma organização anaclítica, tendem a utilizar mecanismos de defesa como a negação (defesa menos eficaz), a regressão e a repressão (defesas mais eficazes), tentando, deste modo, reduzir a ansiedade e manter a estabilidade interpessoal (Blatt & Shichman, 1983).

O seu modo instintivo principal é libidinal (Blatt, 2008; Blatt et al., 1993; Blatt & Shichman, 1983), verificando-se a presença de uma orientação para o objeto e para a ação pouco refletida e muito emocional (Blatt, 2008).

Por outro lado, os indivíduos introjetivos/auto-críticos (i.e., indivíduos que enfatizam as questões da auto-definição do *Self*) revelam um estilo cognitivo mais literal, sequenciado e crítico. Analisam a realidade com recurso à lógica e à exploração pormenorizada dos seus elementos constituintes. O objetivo desta análise da realidade é alcançar a perfeição, daí analisarem todos os pormenores antes de tomarem uma decisão. No entanto quando esta é tomada é levado até ao fim de forma rígida (Blatt, 2008; Blatt et al., 1993; Blatt & Shichman, 1983).

Ao contrário dos indivíduos anaclíticos, os introjetivos são pouco influenciados pelos outros, valorizando as suas próprias ideias, podendo, por vezes, influenciar o outro para que aceite a sua perspetiva. A sua preocupação central é o prestígio e a realização, dominando estes objetivos todas as suas relações interpessoais. O seu foco instintivo básico encontra-se associado à agressividade e assertividade, podendo estes indivíduos serem críticos para consigo e para com os outros, não havendo uma grande preocupação com o bem-estar do outro. Em vez disso verifica-se uma preocupação com o reconhecimento e respeito interno e externo. Frequentemente estes indivíduos apresentam uma tendência para o isolamento social (Dunkley, Zuroff & Blankstein 2003; Norton, Buhr, Cox, Norton & Walker, 2000; Vettese & Mongrain, 2000). No entanto quando estabelecem qualquer tipo de relação, sentem-se obrigados a mantê-la, podendo por vezes, assumir uma postura dominadora, tentando controlar o outro (Blatt, 2008).

Estes indivíduos geralmente apresentam uma baixa autoestima, sendo a necessidade de atingir a perfeição uma tentativa de a alimentar. No entanto, a satisfação alcançada pelo bom desempenho é momentânea e, em seguida, emerge de novo a necessidade de reconhecimento (Blatt, 1995), o medo do fracasso e as

preocupações com o ridículo. Tudo isto gera um intenso mal-estar psicológico manifesto pelo desenvolvimento de sentimentos de culpa, impotência e desesperança (Blatt, 2004, 2008; Mongrain & Zuroff, 1994). O sofrimento psicológico sentido dificilmente é amenizado, uma vez que estes indivíduos deparam-se muitas vezes com o fracasso (Dunkley et al., 2003) devido ao estabelecimento de metas irrealistas e padrões rigorosos (Nietzel & Harris, 1990).

Mongrain, Lubber e Struthers (2004), constataram que os estudantes universitários introjetivos eram frequentemente rejeitados pelos colegas, devido à tendência para a agressividade e para criticar o outro. Geralmente estes indivíduos não procuram apoio social nos pares, uma vez que tentam manter uma imagem pessoal de grandiosidade que poderá ser afetada, caso exponha e compartilhe o seu sofrimento com os outros (Blatt & Shahr, 2004; Besser & Priel, 2010).

Com o intuito de manter a estabilidade da personalidade, os indivíduos introjetivos tendem a transformar o conflito interno com recurso aos chamados mecanismos neutralizantes, nomeadamente, a projeção, a formação reativa e a intelectualização. Por vezes, estas defesas tornam-se desadaptativas, principalmente quando o indivíduo recorre à projeção e/ou formação reativa podendo o conflito ser transformado em impulso gerador de raiva e agressividade auto ou hetero-dirigida (Blatt & Shichman, 1983; Campos, Besser & Blatt, 2011).

Apesar de serem definidos com características distintas, os dois estilos de personalidade propostos por Blatt não são opostos nem mutuamente exclusivos (Blatt, 2008). Integrados num *continuum*, as suas características desenvolvem-se em simultâneo num mesmo indivíduo, no entanto haverá sempre uma maior centralidade no desenvolvimento de características correspondentes a um ou outro estilo de personalidade (Blatt, 2008; Blatt & Zuroff, 1992).

## **2.2. Avaliação dos estilos de personalidade: O Questionário de Experiências Depressivas (QED)**

As dimensões de dependência e auto-criticismo, características associadas aos estilos de personalidade, anaclítico e introjetivo, respetivamente, podem ser avaliadas com recurso ao Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976; Campos, 2000, 2009). Este instrumento foi desenvolvido com base na premissa de que o funcionamento mental normativo e a patologia mental não devem ser entendidos de forma separada (Blatt, 1974, 2008; Blatt et al., 1976). Embora inicialmente tenha sido desenvolvido para avaliar especificamente dois tipos de



experiências depressivas, de dependência e de auto-criticismo, extensa investigação empírica tem demonstrado que o QED é um instrumento eficaz para a avaliação mais genérica dos dois estilos básicos da personalidade – anaclítico e introjetivo (e.g., Blatt, 2004, 2008; Campos, 2009)

O QED permite obter resultados para três fatores, sendo dois deles compatíveis com os dois estilos de personalidade propostas no modelo, e um terceiro, que tem sido menos estudado, que foi designado de *eficácia*. O primeiro fator, *dependência* inclui itens que remetem para sentimentos de abandono, desamparo, solidão e dependências nas relações interpessoais. O segundo fator, *auto-criticismo*, avalia a presença de questões relacionadas com a auto-definição e a auto-estima (Blatt, 2008; Blatt, et al., 1976; Campos, et al., 2011, 2012). Por último, o fator *eficácia* avalia os recursos internos, capacidade de resiliência, satisfação com a realização pessoal e sentimento de responsabilidade (Blatt, 2008; Besser & Priel, 2010).

Análises posteriores (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff & Mongrain, 1995; Rude & Burnham, 1995) ao fator de *dependência* levaram à diferenciação entre dois sub-fatores, designados por *necessidade* (dimensão desadaptativa) e *contacto* (dimensão adaptativa). A dimensão desadaptativa caracteriza sujeitos com sentimentos de abandono, separação, não serem amados e medo da perda que se podem manifestar relativamente a qualquer pessoa; enquanto a dimensão adaptativa caracteriza sujeitos com sentimentos semelhantes aos referidos anteriormente mas que se manifestam em relação a uma pessoa significativa com a qual é mantida uma ligação privilegiada, refletindo a valorização dos relacionamentos estabelecidos. Em termos gerais, pode afirmar-se que estes sub-fatores de dependência avaliam diferentes níveis de relacionamento interpessoal (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff & Mongrain, 1995; Campos, Besser & Blatt, 2010; Campos et al., 2011, 2012; Rude & Burnham, 1995).

### **2.3. Relação precoce, estilos de personalidade e depressão**

Considerando insuficiente e limitadora uma definição e estudo da depressão baseada em sintomas, vários teóricos tentaram identificar os principais focos/questões na depressão (e. g. Beck, 1983; Blatt, 1974). Aliás, Sidney Blatt, antes de alargar o foco do seu modelo ao funcionamento da personalidade e à psicopatologia mais em geral (Blatt, 1990), centrou-se na compreensão da depressão e identificou dois focos principais desta perturbação: (1) perturbação nos relacionamentos interpessoais (e.g., perda do objeto relacional ou negligência) e (2) perturbação no sentido do *Self* (e.g.,

sentimentos de fracasso e culpa) o que permite definir dois tipos de depressão – depressão anaclítica e depressão introjetiva, respetivamente (Blatt, 1974).

Para Blatt (1974) e Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald e Zuroff (1982) a distinção entre estes dois tipos de vivências depressivas possibilita uma compreensão mais abrangente do fenómeno depressivo. Distinguem-se então dois tipos de depressão atendendo às questões mais relevantes para o indivíduo, podendo estas assumir-se como um fator distal/vulnerabilidade para a sintomatologia depressiva (Blatt & Levy, 1998). Estes dois tipos de vulnerabilidades para a depressão originam-se em momentos distintos do desenvolvimento humano, mas resultam ambos de interações disfuncionais com as figuras parentais e respetivas representações internas perturbadas dessas mesmas figuras (Campos, 2000). Noutras palavras, as relações precoces disfuncionais serão a causa distal destas duas formas de depressão (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992; Dahn, 2000).

Na depressão anaclítica a causa encontra-se na vivência de relações interpessoais disruptivas, gerando no indivíduo sentimentos de perda, solidão, fraqueza, abandono e de não ser amado. Devido a estas falhas na relação de objeto o indivíduo evidencia uma necessidade intensa de ser amado, cuidado e protegido de forma imediata e permanente, vivendo numa busca de gratificação e conforto, sentimentos que considera ser incapaz de alcançar (Blatt, 1974, 2004; Blatt & Levy, 1998; Blatt & Shichman, 1983).

Neste tipo de funcionamento o indivíduo é incapaz de se separar do objeto relacional, vivendo numa certa indiferenciação e fusão com esse objeto. O outro em relação passa a ser "parte do seu *Self*", gratificando e satisfazendo as suas necessidades. Mantendo-se esta simbiose relacional, o indivíduo valoriza o objeto, porém, quando esta fusão é quebrada o indivíduo anaclítico experimenta sentimentos de frustração e privação (Blatt & Shichman, 1983), mas poucos sentimentos de culpa (Blatt, 2004). Perante a perda objetal, o indivíduo tenta manter a sua estabilidade com recurso a defesas primitivas, nomeadamente a negação, ou então envolvem-se numa busca imediata e frenética de um objeto substituto que preencha o vazio relacional existente (Blatt, 1974; Blatt & Shichman, 1983).

A depressão introjetiva, tal como a anaclítica resulta de relações precoces desadaptativas, geradoras, neste caso, de perturbações no sentido do *Self*. Como resposta a estas vivências o indivíduo introjetivo, quando deprimido, desenvolve sentimentos de fracasso, desvalorização e insegurança (Blatt & Levy, 1998; Dunkley, Blankstein & Berg, 2012). Neste tipo de experiências depressivas, é frequente a

presença de sentimentos de culpa pelo mal-estar experimentado. O indivíduo sente-se merecedor do sofrimento sentido, como punição perante o não cumprimento das expectativas (Blatt, 1974; Blatt & Zuroff, 1992). Consequentemente, como tentativa de evitar a desaprovação e crítica do outro e de ser aceite, o indivíduo estabelece de forma rígida e constante objetivos e auto-avaliações demasiado exigentes. Ou seja, estes indivíduos evidenciam um elevado desejo de perfeccionismo e assunção de responsabilidades. Todavia, revelam níveis de prazer momentâneos perante o sucesso e cumprimento de objetivos estabelecidos, sendo estes rapidamente substituídos pelo medo de ser punido ou rejeitado (Blatt & Maroudas, 1992; Blatt & Shichman, 1983).

O objeto relacional na depressão introjetiva tem como função a aceitação e aprovação e não o amparo e proteção como na depressão anaclítica. No entanto esta necessidade dificilmente é revelada e, por conseguinte, satisfeita, uma vez que está presente o medo de mostrar as fragilidades ao outro pelo medo da desaprovação. Este último aspeto gera uma tendência para o isolamento social que intensifica os sentimentos de não ser digno de ser amado e aceite (Blatt, 1974, 2004, 2008; Vettese & Mongrain, 2000).

Comparativamente à depressão anaclítica, na depressão introjetiva as representações objetais e do *Self* encontram-se num nível superior de desenvolvimento. A capacidade crítica do próprio e a presença de sentimentos de culpa remete para a existência de uma capacidade autorreflexiva e avaliativa (Blatt, 1974). Ambos os tipos de vivência depressiva podem assumir níveis mais ou menos graves e, embora representem experiências diferentes não são mutuamente exclusivos (como no caso da depressão mista), verificando-se a presença de uma causa comum – a vivência de relações precoces disfuncionais (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992). Esta disfuncionalidade relacional pode ocorrer em momentos diferentes do desenvolvimento e gerar uma maior vulnerabilidade a um ou outro tipo de depressão tendo em conta o tipo de disfuncionalidade presente na relação com as figuras parentais e consequente representação interna desses mesmas figuras (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992; Campos, 2003, 2009).

Blatt (2004) aponta então as representações parentais como uma causa distal para a estruturação da vulnerabilidade à depressão anaclítica e introjetiva, representando uma componente do seu modelo de *diátese-stress* para a depressão (Blatt & Zuroff, 1992). Esta formulação é corroborada em termos empíricos, uma vez que se verifica que indivíduos com depressão relatam mais experiências negativas com as figuras

parentais, quando comparados com indivíduos sem depressão (e.g., Blatt, Wein, Chevron & Quinlan, 1979; Burbach & Borduin, 1986; Dahn, 2000). Alguns estudos (Blatt, 2004 para uma revisão detalhada; Blatt et al., 1979; Campos et al., 2010, 2013) mostram que existe uma relação entre a qualidade das representações objetais, das figuras parentais, e os tipos de personalidade depressiva definidos por Blatt.

Campos et al. (2013) num estudo com adultos portugueses, verificaram que representações parentais disfuncionais caracterizadas por rejeição se relacionavam com o auto-criticismo, o que por sua vez se relacionava com a depressão. Conclusões semelhantes foram encontradas por Mongrain e colegas (2004) numa amostra de estudantes universitários, observando-se uma associação entre rejeição, auto-criticismo e depressão. Para além disto, este estudo mostra que quer a presença de um estilo anaclítico quer a de um estilo introjetivo predispõe o indivíduo para a depressão.

Blatt e Zuroff (1992) referem que alguma literatura não encontra uma associação entre representações parentais disfuncionais e dependência. A ausência de relação poderá dever-se à utilização do fator dependência do QED, que abarca componentes adaptativas e desadaptativas da dependência e não o subfactor necessidade que contempla apenas os aspetos desadaptativos da dependência<sup>1</sup>. Num estudo (Campos et al., 2010) em que se considerou apenas os aspetos desadaptativos da dependência, ou seja, as características de necessidade, verificou-se a presença de uma relação entre estas características da personalidade e representações maternas perturbadas, marcadas por sobreproteção.

Neste sentido, conclui-se que existe relação entre ambos os estilos de personalidade e representações parentais disfuncionais. No entanto, no caso da dependência, e sabendo que esta apresenta características adaptativas e desadaptativas, faz todo o sentido que a partir de relações precoces disfuncionais se desenvolvam traços também eles disfuncionais/desadaptativos que nos remetem para o subfactor necessidade do QED quando se pretende avaliar a presença desta relação.

---

<sup>1</sup> Veja-se secção 2.2. *Avaliação dos estilos de personalidade: O Questionário de Experiências Depressivas (QED)*.

## 2.4. Estilos de personalidade e suicidalidade no jovem adulto

Diversos estudos (e.g., Campos et al., 2012, 2013; Fazaa & Page, 2003; O'Connor, 2007; O'Connor & Noyce, 2008) avaliaram a relação entre os estilos de personalidade, anaclítico e introjetivo, e a suicidalidade, tendo-se verificado que os traços de personalidade introjetivos se relacionavam com a suicidalidade. Comparando tentativas de suicídio em indivíduos introjetivo e anaclíticos, verifica-se que os primeiros apresentam uma maior intenção de morrer (Blatt, 1995; Fazaa & Page, 2003). Fazaa e Page (2003) testaram a relação entre os estilos de personalidade propostos por Blatt e a suicidalidade. Para tal, foram avaliados os estilos de personalidade de estudantes universitários, com historial de tentativas de suicídio (N=64), com o intuito de perceber o valor preditivo dos estilos para o comportamento suicida. Os participantes responderam ao QED (Blatt et al., 1976) e à Escala de *Risk-Rescue Rating* (Weisman & Worden, 1972). Os resultados obtidos revelam que os indivíduos auto-críticos apresentaram uma maior intenção de morrer quando assumiram comportamentos suicidários, sendo também este tipo de comportamento mais frequente nestes indivíduos em comparação com indivíduos anaclíticos. Para além disto, os resultados evidenciaram que para os indivíduos introjetivos o suicídio apresenta-se como uma possível fuga relativamente aos problemas, sendo este comportamento a resposta ao *distress* provocado por um stressor intrapsíquico (e.g., experiência de fracasso, geradora de raiva e auto-agressividade) (Fazaa & Page, 2003). O *distress*, nomeadamente a depressão pode assumir-se como um mediador da relação entre estilo introjetivo e suicidalidade (Campos et al., 2012).

Por outro lado, as tentativas de suicídio em indivíduos anaclíticos não teriam como objetivo morrer mas sim, chamar a atenção e compartilhar com o outro o sofrimento. Seria uma forma de tentar reduzir o sofrimento causado por *stressores* interpessoais, como por exemplo, uma experiência de rejeição geradora de um aumento dos sentimentos de desamparo, perda e abandono (Fazaa & Page, 2003).

A relação do estilo anaclítico/dependente da personalidade com a suicidalidade é mais ambígua do que a relação do estilo introjetivo/autocrítico com a suicidalidade (veja-se Campos et al., 2013). É possível que haja uma relação indireta do estilo anaclítico da personalidade com a suicidalidade, mediada pela angústia que se associa fortemente com a dependência e a suicidalidade, tal como referem Klomek et al. (2008). Esta angústia mediadora da relação entre a personalidade anaclítica e a suicidalidade poderá explicar o motivo pelo qual há uma menor letalidade por suicídio em indivíduos anaclíticos (Fazaa & Page, 2003), pois através do comportamento

suicidário, alguns sujeitos, sobretudo os dependentes, poderão querer mostrar ao outro o seu sofrimento procurando assim voltar a ser cuidado por esse objeto relacional (Sá, 2001).

No entanto, Loas e Defélice (2012) num estudo longitudinal em que avaliaram indivíduos suicidas logo após a tentativa de suicídio e um mês depois (N=41), verificaram que a dependência enquanto traço de personalidade era um preditor das tentativas de suicídio a curto e a longo prazo mesmo na ausência da depressão.

Em suma, ambos os estilos de personalidade podem constituir vulnerabilidades a algumas formas de psicopatologia, como a depressão, e a suicidalidade em algum momento da vida. Como se pôde perceber, estas vulnerabilidades para o sofrimento psicológico surgem em fases precoces do desenvolvimento, como resultado de relações precoces disfuncionais (Blatt, 2004).

### Capítulo 3: Representações parentais e perturbação psicológica

Para além dos estilos de personalidade, as representações parentais disfuncionais poderão também associar-se com a perturbação psicológica, quando ocorrem práticas parentais disruptivas e estilos de vinculação insegura (Barksdale, Walrath, Compton & Goldston, 2009; Titelman et al., 2011).

O estudo das relações de objeto e da construção do mundo representacional constituiu um momento importante no desenvolvimento conceptual da teoria e investigação de origem psicanalítica, criando espaço para a compreensão do indivíduo como um sistema aberto, que estabelece trocas interpessoais recíprocas, das quais resultam transformações cognitivas e afetivas (Blatt, 1974, 2004). Nesta perspetiva os esquemas cognitivos de si e do outro são vistos como o resultado de interações significativas, mas também da expressão do nível de desenvolvimento do indivíduo e de outros aspetos do seu mundo interno (Blatt, 1974, 1995, 2004, 2008). Estes esquemas/representações apresentam características cognitivas, afetivas e vivenciais (Blatt, 1974) que podem estar mais ou menos próximas da realidade externa e, conseqüentemente, serem mais ou menos adaptativas. Quer isto dizer que, quanto mais distantes da realidade mais provável a presença de psicopatologia (Besser, Vliegen, Luyten & Blatt, 2008; Besser & Priell, 2010; Blatt, 2004, 2008; Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992; Campos, 2010; Campos et al., 2013; Nietzel & Harris, 1990).

A família, especialmente as figuras parentais, constituem o primeiro cenário no qual o indivíduo vai estabelecer interações, desenvolvendo os primeiros esquemas representativos de si e do outro. Estas representações vão influenciar o desenvolvimento do indivíduo ao longo de todo o ciclo de vida (Blatt, 1974, 2004), pelo que, experiências negativas de cuidado com as figuras significativas podem criar uma vulnerabilidade importante à psicopatologia futura (Blatt, 2004, 2008). Assim, dado o impacto destas relações precoces no desenvolvimento do indivíduo, as representações parentais construídas com base nessas relações precoces têm constituído uma das preocupações da psicologia ao longo da sua história (e.g., Araújo, 2003; Holden & Edwards, 1989).

Seguidamente discute-se a relação entre as representações parentais e a psicopatologia, mais especificamente, com a depressão e, ainda, a forma como estas poderão constituir fatores de risco para o suicídio, uma vez que dados empíricos evidenciam a presença de uma associação entre representações parentais disfuncionais e suicidalidade (e.g., Campos et al., 2013).

### 3.1. Representações parentais e psicopatologia

É indiscutível o impacto das representações parentais no funcionamento psicossocial do indivíduo. Estas representações poderão gerar alterações no funcionamento normativo do sujeito. No entanto, não se tratará de uma relação de causa-efeito, mas sim de uma rede complexa de interações que terá como ponto de partida a construção destas representações disfuncionais e como resultado último o desenvolvimento de psicopatologia (Araújo, 2003; Blatt, 1974; Bowlby, 1973/2004).

Segundo Blatt (2004), as representações parentais disfuncionais constroem-se a partir de interações negativas com os cuidadores primários, marcando o desenvolvimento de sentimentos de hostilidade e raiva dirigidos para as figuras parentais. No entanto, em simultâneo, a criança sente um medo intenso de perder a relação de afeto/cuidado que estabelece ou deseja estabelecer com as figuras parentais (e.g., Coimbra de Matos, 2001). Este conflito é marcado por sentimentos ambivalentes que impedem o indivíduo de estabelecer e consolidar uma representação funcional dos cuidadores primários, na qual experiencie sentimentos de afeto, carinho e segurança.

Ao desenvolver-se uma representação disfuncional das figuras parentais, o indivíduo apresentará uma maior predisposição para um funcionamento mental perturbado, isto porque, estando presentes representações disfuncionais das figuras parentais e consequentemente do próprio *Self*, esses esquemas vão influenciar negativamente relações futuras (Blatt & Homann, 1992; Campos et al, 2013; Russek & Schwartz, 1997). A influência negativa exercida pelos esquemas nas relações futuras vai consolidar/reforçar o mal-estar e disfuncionalidade já existente, numa espécie de mecanismos de *feedback* positivo. Assim sendo, as representações parentais são o ponto de partida para o estilo relacional que o adulto assume, sendo que este estilo pode assumir-se como uma forma, ainda que perturbada, de compensar necessidades precoces não satisfeitas na relação com os cuidadores primários (Campos, 2012; Coimbra de Matos, 1983; Mesquita, 2013).

Vários estudos têm analisado a presença de uma associação entre representações disfuncionais das relações precoces e psicopatologia no adulto, confirmando-se a relevância deste tipo de representações em perturbações como a Perturbação da Personalidade Anti-social, o Abuso de Substâncias, as Perturbações do Humor (especialmente a depressão) e as Perturbações da Ansiedade (Allen, Hauser & Borman-Spurrell, 1996; Cole-Detke & Kobak, 1996; Pianta, Egeland & Adam, 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996; Riggs & Jacobvitz, 2002).



### **3.2. Representações parentais e vulnerabilidade à depressão**

As representações disfuncionais das relações de cuidado geram vulnerabilidades no indivíduo que poderão ser ativadas em diferentes momentos do ciclo vital, podendo afetar relações futuras e originar, por sua vez, alterações ao nível da saúde mental (Araújo, 2003).

As alterações ao nível da saúde mental são perceptíveis através de manifestações psicopatológicas, verificando-se uma forte relação entre representações parentais desadaptativas (e.g., caracterizadas por rejeição, punição, negligência e sobreproteção) e a depressão (Blatt, 1974; Blatt & Homan, 1992; Blatt et al., 1979; Besser & Priel, 2005a; Burbach & Borduin, 1986; Campos et al., 2010, 2013; Levy, Blatt & Shaver, 1998; Parker, 1983; Perris, 1988; Rutter, 1995).

As formulações psicanalíticas salientam a importância das relações precoces, marcadas por sentimentos ambivalentes, na vulnerabilidade à depressão. Freud (1917/1963) destacou a luta em que vivem os indivíduos depressivos para manterem uma internalização positiva das figuras parentais que lhe permita desenvolver-se de forma adaptativa em termos psicossociais. Esta internalização é impossibilitada pela presença, em simultâneo, de sentimentos de raiva e hostilidade que advêm de experiências adversas ou perceções distorcidas da relação com as figuras parentais e de sentimentos de amor e afeto. Na ausência de internalizações positivas pode desenvolver-se uma vulnerabilidade para a depressão que poderá ser ativada em determinados momentos do ciclo de vida do indivíduo (Coimbra de Matos, 2001).

Tendo em conta o modelo de Sydney Blatt (1974, 2004), os indivíduos predispostos à depressão de auto-criticismo – marcada por sentimentos de desvalorização, fracasso e culpabilidade – são aqueles que experimentaram sentimentos de medo de perderem a aprovação parental caso não cumprissem as expectativas e objetivos impostos pelas figuras parentais. Não houve uma internalização benigna das figuras parentais, sendo esta substituída por internalizações marcadas por atitudes controladoras, exigentes e intrusivas. Estes indivíduos desenvolverão sintomatologia depressiva quando confrontados com críticas ou insucesso (Blatt, 1995).

As representações parentais disfuncionais levam a que ao longo de todo o desenvolvimento, a procura de realização se torne um aspeto central do funcionamento do indivíduo, sendo que perante o insucesso o indivíduo pode deprimir. Consequentemente, irá lutar contra o mal-estar sentido com recurso a estratégias desadaptativas que se mostram ineficazes, como por exemplo, o isolamento social, a definição de objetivos irrealistas e o perfeccionismo (Blatt & Homann, 1992). Tratando-

se de estratégias desadaptativas conduzem, como consequência a uma intensificação do mal-estar (Blatt, 1995; Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992).

No indivíduo com vulnerabilidade à depressão de dependência, a relação com a figura materna foi, provavelmente, marcada por um excesso de disponibilidade ou indisponibilidade levando ao desenvolvimento de representações disfuncionais. Essas representações baseiam-se na dependência e insegurança, dificultando, mais uma vez a internalização de uma imagem positiva das figuras parentais e influenciando o estilo relacional que o indivíduo vai adotar ao longo de toda a sua vida (Blatt & Homann, 1992).

Os indivíduos que apresentam uma predisposição para a depressão de dependência sentem-se inseguros nas relações que estabelecem, necessitando que o outro mostre que está disponível de forma permanente. A procura desesperada de atenção e afeto para colmatar necessidades precoces que não foram satisfeitas, passa a ser uma preocupação central no seu funcionamento. As situações que se constituem como ativadoras das predisposições para a depressão de dependência envolvem sentimentos de separação ou abandono, sendo estas situações reais ou fantasiadas. Para conseguirem a atenção e cuidado que tanto procuram, estes sujeitos assumem uma atitude submissa perante os objetos relacionais e, em simultâneo são demasiado exigentes. As relações interpessoais estabelecidas caracterizam-se por grande imaturidade, sendo desejo do indivíduo anaclítico viver em simbiose com o outro em relação. Tudo isto, torna as relações disfuncionais, pois embora deseje ser amado, o indivíduo dependente não sabe amar porque não foi amado na relação precoce (Coimbra de Matos, 1983), levando a que aconteça o que mais teme, ou seja, o abandono/separação e, consequentemente poderão ser ativadas as vulnerabilidades para a depressão (Blatt & Homann, 1992).

Assim, e concluindo, as representações parentais assumem-se como um fator distal para a perturbação depressiva, reforçando a importância de um ambiente relacional caracterizado por sentimentos de afeto e segurança para a redução da vulnerabilidade à depressão. A rejeição, real ou fantasiada (Blatt, 2004; Campos, 2009, 2012; Campos et al., 2013; Levy et al., 1998), ou o insucesso (Blatt, 1995) são muitas vezes os agentes precipitantes da depressão.

### 3.3. Representações parentais e suicidalidade no jovem adulto

Segundo a teoria da vinculação (Bowlby, 1973/2004), a evolução e organização dos vínculos afetivos são determinantes para a saúde mental. Nas relações precoces manifesta-se pela primeira vez a predisposição humana para o desenvolvimento de laços afetivos. A criança vai desenvolvendo conhecimento e expectativas sobre o modo como as figuras de vinculação respondem aos seus pedidos de proximidade e proteção (Rocha, 2010). Perante a ausência de respostas a estes pedidos da criança ou na presença de respostas desadequadas, surgem representações parentais disfuncionais.

As representações das figuras parentais caracterizadas por rejeição têm sido associadas com as tendências suicidas (Campos et al., 2013; Heo, 2008). Heo (2008) verificou uma associação entre representações das figuras parentais caracterizadas por rejeição e a ideação suicida, tendo a angústia evidenciado um efeito mediador desta relação. Na mesma linha, o estudo de Titelman et al. (2011) evidencia que a ausência de uma relação de vinculação segura parece ser um fator distintivo quando se comparam indivíduos com historial de tentativas de suicídio e um grupo controlo.

A teoria psicanalítica corrobora estes dados empíricos. Segundo Melanie Klein (1935), as tentativas suicidas podem ser entendidas como um ataque ao mau objeto internalizado. No entanto, este ataque ao objeto é seletivo, tendo como objetivo *matar a parte má* do objeto e preservar a *parte boa*, garantindo desta forma a manutenção do *Self*. Ou seja, o comportamento suicidário apresenta-se como uma manifestação, por vezes letal, da clivagem do objeto relacional (Klein, 1935).

Também Winnicott (1971) salientou a importância da relação com a figura materna para a organização do ego e definição do *Self*. Na impossibilidade deste processo decorrer de forma harmoniosa, devido a interações mãe-filho disfuncionais, o indivíduo pode desejar morrer, podendo desenvolver ideação suicida.

Coimbra de Matos (1982) fala-nos do *desejo de morrer* decorrente de falhas na relação precoce, enunciando quatro aspetos, de natureza masoquista ou narcísica, explicativos deste desejo auto-destrutivo. Entre essas razões para a suicidalidade encontra-se: (1) *o desejo de amor total/fusão com o objeto relacional*, desejo não conseguido na relação precoce; (2) *as vulnerabilidades narcísicas* geradas na insatisfação das necessidades do *Self* pelos cuidadores primários; (3) *a intolerância à dor da perda*, assumindo-se o comportamento suicidário como a única forma plausível de obter o perdão e amor do outro; (4) *a incapacidade para suportar o orgulho ferido e perda da onnipotência*.

Em suma, o ambiente relacional precoce assume um papel preponderante ao longo de toda a vida do ser humano, podendo quando marcado pela disfuncionalidade constituir um fator de risco distal para o suicídio. A relação criança-cuidador pode apresentar determinadas características, especialmente a rejeição, como resposta, por exemplo, ao facto da criança não corresponder aos desejos dos pais, sendo esta rejeição um fator patogénico importante (Campos et al., 2013) que cria, eventualmente, vulnerabilidades que podem ser ativadas em momentos específicos do desenvolvimento. Para a ativação das vulnerabilidades pré-existentes contribuem fatores de risco situacional, como é o caso dos acontecimentos de vida.

## Capítulo 4: Acontecimentos de vida, depressão e suicidalidade no jovem adulto

Ao longo de toda a vida são inúmeros os acontecimentos que o indivíduo experimenta e que podem acarretar algum tipo de *stress* e alterações de humor uma vez que, os acontecimentos de vida podem implicar mudanças com as quais nem sempre é fácil lidar (Allam, 2011; Garrouette et al., 2003; Marshal, 2003; O'Donnell et al., 2004). A entrada na vida adulta, assume-se como uma fase de risco, tratando-se de um período marcado por grandes mudanças decorrentes do processo normal de desenvolvimento e construção da autonomia (e.g., saída de casa dos pais, entrada no ensino superior, entrada no mercado de trabalho) e pela necessidade de assumir novas responsabilidades. O sucesso no processo de adaptação a todas estas alterações – entenda-se por sucesso a manutenção do bem-estar físico e psicológico – é influenciado por inúmeros fatores (e.g., percepção de apoio social; traços de personalidade) (Fleming, 1993; O'Donnell et al., 2004). Quando o indivíduo não consegue manter o bem-estar físico e psicológico vivencia, como resposta, um aumento do *stress* que poderá conduzir ao desenvolvimento de algum tipo de psicopatologia (Allam, 2011; Garrouette et al., 2003; Marshal, 2003; O'Donnell et al., 2004), sendo a sintomatologia mais frequente a depressiva (Galambos et al., 2006; Mongrain & Zuroff, 1994; Zuroff, 1992).

O nível de *stress* será mais intenso quanto mais inesperados e significativos forem os acontecimentos para o indivíduo (Marshal, 2003). No entanto a “medição” dos níveis de *stress* associados a determinado acontecimento de vida é um desafio para a investigação e prática clínica, porque o impacto que os acontecimentos de vida têm nos indivíduos depende da forma como estes os percebem. Por outras palavras, Sarason, Johnson e Siegel (1978) defendem que os acontecimentos de vida não apresentam por si só uma conotação positiva ou negativa, ou seja, este carácter positivo ou negativo depende da percepção que o indivíduo tem dos mesmos. Assim, um mesmo acontecimento poderá constituir-se como um fator de risco para a desorganização mental num determinado indivíduo, enquanto, para outro, poderá não ter um impacto significativo no seu funcionamento.

Mediante o impacto de determinados acontecimentos de vida e quando o nível de *stress* envolvido é muito marcado, o indivíduo poderá *desejar morrer* como estratégia de fuga/evitamento do sofrimento psicológico sentido (e.g., Cavanagh et al., 2003; Fawcett et al., 1997; Heikkinen et al., 1997; Joiner & Rudd, 2000; Malone et al., 2013; Paykel et al., 1975; Khan, Mahmud, Karim, Zaman & Prince, 2008).

Os acontecimentos de vida constituem um fator de risco situacional para a suicidalidade (Cheng, Chen, Chen & Jenkins, 2000; Fergusson et al., 2000; McAuliffe, Corcoran, Keely & Perry, 2003) e a investigação empírica evidencia o efeito precipitante de determinados acontecimentos de vida perante vulnerabilidades internas para a suicidalidade, justificando a manifestação desta em determinado momento da vida do indivíduo.

Neste sentido a relevância dos acontecimentos de vida para a compreensão e prevenção da suicidalidade prende-se com a possibilidade de identificar situações de risco, resultantes da perceção que o indivíduo tem dos acontecimentos de vida que experiencia (Sobrinho, Campos & Mesquita, 2013). Assim, sendo a suicidalidade um problema de saúde pública (OMS, 2012), e sabendo-se que os acontecimentos de vida constituem um fator de risco (e.g., Fergusson et al., 2000; Galambos et al., 2006; McAuliffe et al., 2003), apesar do seu caráter subjetivo (Marshall, 2003), a investigação empírica (e.g., Allam, 2011; Heikkinen et al., 1994; McAuliffe et al., 2003) tem identificado acontecimentos de vida que se relacionam de forma sistemática com a suicidalidade e, mais genericamente, com a depressão e a psicopatologia.

#### **4.1. Acontecimentos de vida e depressão no jovem adulto**

Os acontecimentos de vida tendem a ser equacionados como ativadores da vulnerabilidade para a psicopatologia que possa estar presente nos indivíduos (Allam, 2011; Khan et al., 2008; Rudd et al., 2006). De forma mais rigorosa, não são os acontecimentos de vida em si que levam à manifestação de alterações em termos emocionais mas sim a forma como estes são vivenciados (Sarason et al., 1978) e os níveis de dor psicológica que acarretam, o que depende de fatores internos. De entre as manifestações desta dor psicológica destaca-se a depressão, havendo inúmeras evidências de uma relação entre acontecimentos de vida e esta forma de psicopatologia (e.g., Galambos et al., 2006; Hammen, 1991; Kessler, 1997). Allam (2011) verificou que como resposta a acontecimentos de vida significativos, os indivíduos tendiam a manifestar sintomatologia depressiva. Entre esses acontecimentos de vida encontram-se: a morte de outros significativos; a vivência de uma doença do próprio indivíduo ou de outro significativo; problemas nas relações com familiares, amigos, colegas de trabalho, entre outros; mudança de casa; problemas financeiros e perda da rede de suporte social.

Blatt (2004) identifica os acontecimentos de vida negativos como constituindo uma causa proximal para a depressão, incluindo-os num modelo, já referido, de *diátese-*

*stress* da etiologia da depressão. Este modelo postula que a depressão resulta da interação entre fatores internos – como os traços de personalidade – e fatores externos – onde se enquadram os acontecimentos de vida negativos. Diversos autores (e.g., Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999) acrescentam que o valor explicativo dos acontecimentos de vida na depressão depende do *stress* experimentado, uma vez que o *stress* tem um efeito ativador de vulnerabilidades para a depressão (Blatt, 2004). O impacto dos acontecimentos depende da relevância e significado que têm para o indivíduo tendo em conta as suas características de personalidade (Faravelli, Albanesi & Poli, 1986).

A personalidade é apontada então como um dos fatores que interage com os acontecimentos de vida na previsão da depressão (Blatt, 1974, 2008). Indivíduos com traços marcados de dependência, que revelam preocupação com a obtenção de afeto, proteção e com as relações próximas, encontrar-se-ão provavelmente em maior risco de depressão perante acontecimentos de vida que despertem sentimentos de rejeição ou perante a separação de pessoas significativas. No extremo oposto encontram-se indivíduos com características autocríticas (e.g., Blatt, 1974, 2008), que se preocupam com a manutenção de um sentido positivo do *Self*. Estes indivíduos serão, provavelmente, mais vulneráveis à manifestação de sintomatologia depressiva aquando da ocorrência de acontecimentos que envolvam, por exemplo, sentimentos de fracasso (Hammen, Marks, Mayol & DeMayo, 1985).

#### **4.2. Acontecimentos de vida e suicidalidade no jovem adulto**

A suicidalidade é um fenómeno que surge muitas vezes como resposta ao *stress* provocado pela perceção de determinados acontecimentos de vida (Cavanagh et al., 2003; Heikkinen et al., 1997; Paykel et al., 1975). Os níveis de *stress* tornam-se, por vezes, excessivamente intensos em relação aos recursos de que o indivíduo dispõe para fazer face ao mal-estar experimentado e manter o equilíbrio emocional (Allam, 2011; Khan et al., 2008). Quando isto acontece o indivíduo pode não conseguir encontrar uma resposta adaptativa, vendo o suicídio como a única forma de terminar com um ciclo de sofrimento e dor psicológica (Coimbra de Matos, 2001).

Assim, a perceção dos acontecimentos de vida podem constituir um fator de risco para a ideação e comportamento suicidário, particularmente no jovem adulto, uma vez que as mudanças normativas/esperadas (e.g., saída de casa dos pais; entrada no mercado de trabalho) e, por vezes, as não normativas/inesperadas (e.g., morte de um familiar; problemas na relação com familiares; ser vítima de uma doença ou acidente)

poderão ativar as vulnerabilidades internas presentes mas até então não manifestas. A identificação dos acontecimentos de vida que sistematicamente se associam com a suicidalidade no jovem adulto pode ajudar a explicar o motivo pelo qual a tentativa de suicídio ocorre num determinado momento da vida (Overholser, Braden & Dieter, 2012) e a intervir junto de indivíduos em risco.

Esta associação entre acontecimentos de vida e suicidalidade foi analisada num estudo (Maltzberger Hendin, Haas & Lipschitz, 2003) em que se recorreu a psicoterapeutas que acompanharam 26 indivíduos que se suicidaram constatando-se que em 19 dos casos analisados, existiu um acontecimento desencadeante da crise suicida que levou à morte.

Entre os acontecimentos de vida que podem relacionar-se com a suicidalidade encontra-se a morte ou doença de pessoas significativas (i.e., familiares e/ou amigos próximos), assim como problemas de saúde do próprio. Allam (2011), por exemplo, constatou que os acontecimentos que se apresentavam como mais relevantes para a suicidalidade eram a ocorrência de mortes ou doenças de pessoas significativas. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos no trabalho de Fergusson e colegas (2000) junto de jovens adultos com história de tentativas de suicídio, no qual este tipo de acontecimentos de vida foi referido por 80% dos participantes. A prevalência tao elevada poderá dever-se ao carácter inesperado desta categoria de acontecimentos de vida nos jovens adultos. Como se referiu anteriormente, os acontecimentos de vida têm maior impacto, quanto mais inesperados forem para o indivíduo (Marshall, 2003).

Para além da morte ou doença, as alterações na esfera relacional também apresentam uma relação com a suicidalidade devido ao sentimento de perda e separação. Um exemplo disso é o término de relações amorosas (Bastia & Kar, 2009; Bhatia, Verma & Murty, 2006; Fergusson et al., 2000; Hall, Platt & Hall, 1999; Heikkinen et al., 1997), um tipo de acontecimento que pode acarretar elevados níveis de *stress* e intensificação da dor psicológica. O mesmo acontece perante problemas familiares (Fergusson et al., 2000; Hall et al., 1999; Linda, Marroquín & Miranda, 2012; O'Donnell et al., 2004), mudança de casa e/ou a saída de casa dos pais (Fergusson et al., 2000).

A dor psicológica desenvolvida em resposta a separações pode ser exacerbada pela perceção de alterações - no sentido da diminuição - nas atividades sociais e na ocupação dos tempos livres que também apresentam relação com a suicidalidade (Fergusson et al., 2000; Innamorati et al., 2008). Este tipo de experiências é relatado como tendo um impacto no funcionamento do indivíduo e relaciona-se com a perceção



do apoio social (O'Donnell et al., 2004). No início da vida adulta, o apoio social dos pares assume um papel importante na manutenção da saúde mental, uma vez que os pares apresentam uma maior proximidade e partilham das mesmas inquietações (Fleming, 1993; O'Donnell et al., 2004). Na ausência de apoio social, é frequente o desenvolvimento de sentimentos de abandono e desorganização emocional (O'Donnell et al., 2004; Sarason et al., 1983).

Outro tipo de acontecimentos de vida que tende a relacionar-se com a suicidalidade no jovem adulto são as dificuldades sexuais, constituindo um acontecimento de vida não normativo (Marshall, 2003). Martins (2007) observou, num estudo sobre as consequências das dificuldades sexuais em estudantes universitários, que este problema é visto como muito negativo. Como referido no mesmo estudo, é esperado socialmente que um indivíduo que acaba de entrar na idade adulta não apresente qualquer tipo de limitação no seu desempenho sexual. O desvio da norma social trás consigo elevados níveis de *stress* e por vezes sintomatologia depressiva que poderá intensificar as limitações em termos sexuais e, consequentemente aumentar o sofrimento experimentado (Martins, 2007). De acordo com os resultados deste estudo, é lícito pensar que os padrões e expectativas sociais influenciam a forma como o indivíduo percebe os acontecimentos de vida.

Pode considerar-se que a experiência de dificuldades sexuais, enquanto acontecimento de vida negativo, pode ser uma causa e simultaneamente consequência da depressão. O mesmo acontece com as alterações nos períodos de sono e vigília. Heikkinen et al. (1994) verificaram que as alterações nos hábitos de sono, nomeadamente a diminuição das horas de sono, são relatadas como um acontecimento de vida negativo; enquanto Eysenck (2000) verificou que, as alterações nos hábitos de sono são frequentemente observadas como uma consequência comportamental gerada pelas alterações emocionais decorrentes dos acontecimentos de vida.

Outro acontecimento que é percebido como sendo negativo e que pode estar relacionado com as expectativas sociais é a vivência de alterações no nível económico. Pode acontecer que perante a diminuição do poder económico, o jovem adulto sinta que não consegue corresponder às expectativas sociais (Fergusson et al., 2000). Este não cumprimento das expectativas sociais pode levar ao desenvolvimento de sentimentos de vergonha e frustração o que acarreta um aumento do *stress* experimentado e sofrimento psicológico, podendo, por conseguinte, levar à manifestação de comportamentos suicidários, como estratégia de fuga ao sofrimento

sentido.

No que respeita às alterações profissionais e académicos, Allam (2011) constatou que, independentemente das alterações neste domínio serem percecionadas como positivas ou negativas, acarretam sempre um aumento dos níveis de *stress*, exigindo ao indivíduo capacidade de resiliência e adaptação para garantir o bem-estar físico e psicológico. A ausência ou redução dessas capacidades de adaptação pode colocar o indivíduo em risco de suicídio perante este tipo de acontecimentos de vida (Hamilton & Schweitzer, 2000; Heikkinen et al., 1994). Esta vulnerabilidade poderá ser exacerbada pela dificuldade em corresponder aos objetivos estabelecidos no âmbito profissional e/ou académico (Hamilton & Schweitzer, 2000).

A religiosidade poderá ser entendida como um acontecimento de vida ao implicar um envolvimento pessoal que está sujeito a mudanças/alterações. Neste sentido, verifica-se que as alterações nas práticas religiosas têm uma relação negativa com a suicidalidade. Quer isto dizer que, o aumento destas práticas pode levar a uma diminuição da probabilidade de manifestação do fenómeno, devido, principalmente, ao dever moral de preservar a vida e estar pronto a ajudar o outro (Clarke et al., 2003; Dervic et al., 2004; Garroute et al., 2003; O'Donnell et al., 2004)

Concluindo, os acontecimentos de vida constituem um fator de risco situacional para a suicidalidade, ativando vulnerabilidades presentes no indivíduo (Overholser et al., 2012). Deste modo, a identificação de acontecimentos de vida que se associam com a suicidalidade no jovem adulto poderá permitir a prevenção e intervenção junto de indivíduos que apresentam vulnerabilidade para o fenómeno e que num dado momento das suas vidas vivenciam determinadas mudanças (Sobrinho et al., 2013), ou que evidenciam níveis de *stress* elevados perante a ocorrência de determinados acontecimentos de vida (Allam, 2011; Khan et al., 2008).

## II – Estudo Empírico

---

### Capítulo 5: Enquadramento e objetivos de investigação

Tendo em conta que a suicidalidade (Gassmann-Mayer et al., 2011), especialmente a ideação suicida tem atingido grande expressividade entre os jovens adultos (e.g., Lubell et al., 2007; OMS, 2012; Silverman et al., 1997), o estudo dos fatores que colocam o indivíduo em risco de desenvolver alguma forma de suicidalidade torna-se relevante para a investigação e prática clínica.

Com efeito, a partir da literatura teórica e empírica apresentada anteriormente, podem identificar-se diversos fatores que sistematicamente se associam com a suicidalidade, a saber: (1) os estilos de personalidade: o estilo introjetivo, avaliado pela escala de auto-criticismo do QED; e o estilo anaclítico, avaliado pela subescala necessidade do QED (e.g., Blatt, 1974, 2004, 2008; Fazaa & Page, 2003); (2) as representações parentais, mais especificamente as representações caracterizadas pela rejeição por parte das figuras parentais (e.g., Campos et al., 2013); e (3) os acontecimentos de vida, assumindo estes o papel de fator de risco situacional para a suicidalidade (e.g., Blatt, 2004; Fergusson et al., 2000; Galambos et al., 2006; McAuliffe et al., 2003).

Para além destes fatores, a relação da depressão e humor disfórico com a suicidalidade é também importante, sendo esta a principal manifestação patológica do sofrimento psicológico (e.g., Campos et al., 2012; Galambos et al., 2006) que pode levar à suicidalidade (Campos et al., 2012, 2013; Dixon et al., 1991; Yen et al., 2003).

Reconhecendo-se o papel dos fatores anteriormente referidos, neste estudo pretende-se compreender o seu papel preditor da suicidalidade. Para isso, adotou-se uma metodologia de natureza quantitativa de caráter longitudinal, realizando-se a recolha de dados em dois momentos separados temporalmente por um intervalo de aproximadamente cinco meses.

O objetivo deste estudo é avaliar o valor preditivo que diversos fatores internos e externos ao indivíduo, como: os estilos de personalidade; a rejeição parental; os acontecimentos de vida negativos e a sintomatologia depressiva têm na suicidalidade em jovens adultos de acordo com um modelo que postula diversas relações entre as variáveis independentes (i.e., estilos de personalidade, representações parentais caracterizadas por rejeição, acontecimentos de vida e depressão) e a variável dependente (i.e., suicidalidade)

avaliada cerca de cinco meses depois. De igual modo, a depressão foi avaliada neste segundo momento de recolha de dados, controlando-se o nível de depressão avaliado no primeiro momento (veja-se figura 1).

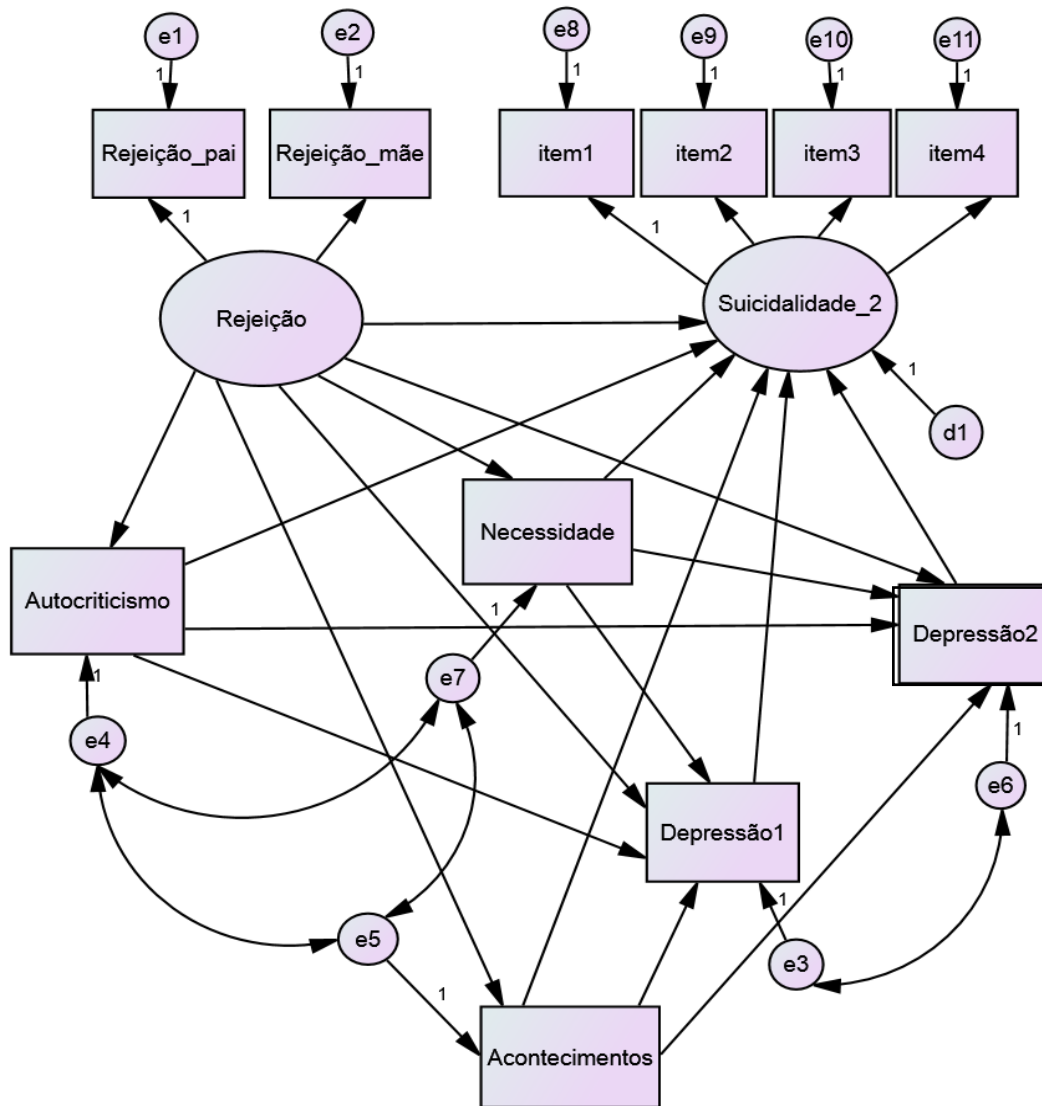


Figura 1. Modelo em estudo.

*Este modelo conceptualiza efeitos diretos e indiretos (setas unidireccionais) entre as variáveis em estudo na previsão da suicidalidade avaliada cinco meses depois, tendo por base a literatura e conhecimento atual. As setas bidireccionais indicam que foi controlado o efeito da variância comum. Todas as variáveis são observáveis (retângulos), à exceção da rejeição e suicidalidade (variáveis latentes [círculos], avaliadas com dois e quatro indicadores, respetivamente).*

Segundo o conhecimento atual postula-se a existência de uma relação entre os estilos de personalidade propostos por Blatt e a suicidalidade (e. g. Blatt, 2008; Fazaá & Page, 2003; Campos et al., 2012; Loas & Defélice, 2012). No entanto, a manifestação deste comportamento surge como resposta a stressores internos ou externos, consoante o estilo de personalidade do indivíduo, introjetivo ou anaclítico, respetivamente. O papel mediador do *distress*, nomeadamente da depressão, na relação entre o comportamento suicidário e os estilos de personalidade parece também evidente (Campos et al., 2012, 2013; Klomek et al., 2008). Neste sentido, é possível defender a existência de uma relação indireta entre os estilos de personalidade e a suicidalidade que é mediada pela depressão.

Esta relação será testada avaliando-se as características introjetivas da personalidade com recurso à escala de auto-criticismo do QED. Para avaliação do estilo anaclítico, será utilizada a subescala de necessidade da escala de dependência do QED, uma vez que deste modo se excluem as características adaptativas deste fator que poderiam enviesar os resultados obtidos. Caso exista relação entre estilo anaclítico e suicidalidade será a componente desadaptativa (i.e., necessidade) que explicará esta relação (e.g., Campos et al., 2010). A suicidalidade será avaliada com recurso a uma medida compósita dos quatro indicadores de suicidalidade do QCS-R, avaliada num segundo momento. Será controlado o efeito da depressão avaliada no segundo momento.

As relações com as figuras parentais levam ao desenvolvimento de esquemas cognitivos e afetivos de si e do mundo (Blatt, 1974, 1995, 2004, 2008). Assim, um indivíduo que desenvolva esquemas cognitivos a partir de interações disfuncionais apresentará uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de psicopatologia, especialmente depressão (Barksdale et al., 2009; Besser et al., 2008; Besser & Priell, 2010; Blatt, 2004, 2008; Blatt & Homan, 1992; Blatt & Zuroff, 1992; Nietzel & Harris, 1990; Titelman et al., 2011). As diferentes manifestações psicopatológicas poderão resultar da forma como o mundo é interpretado a partir dos esquemas cognitivos desenvolvidos precocemente com base em relações disfuncionais com as figuras significativas (Blatt, 1974, 1995, 2004, 2008). Estes esquemas serão a base para a interpretação dos acontecimentos de vida e, tratando-se de esquemas disfuncionais irão, provavelmente, gerar interpretações disfuncionais que poderão ser mais ou menos próximas da realidade tendo maior ou menor impacto no funcionamento do indivíduo. Quanto maior o impacto dessa interpretação dos acontecimentos de vida, maior será provavelmente o risco de suicídio, sendo que as representações parentais

caracterizadas por rejeição são aquelas que sistematicamente se relacionam com a suicidalidade (Campos et al., 2013; Heo, 2008; Titelman et al., 2011). Assim sendo, tendo em conta que as representações parentais caracterizadas por rejeição apresentam relação com a suicidalidade, avaliar-se-á se a presença de representações parentais caracterizadas por rejeição<sup>2</sup> (avaliadas no momento 1), preveem a suicidalidade avaliada no momento 2.

Postula-se também que as representações parentais marcadas pela rejeição parental conduzem a interpretações negativas dos acontecimentos de vida<sup>3</sup> vivenciados pelos jovens adultos, tendo deste modo os acontecimentos de vida negativos um efeito de mediação na relação entre representações parentais e suicidalidade.

Para além disto, tendo em conta o conhecimento atual, as representações parentais disfuncionais caracterizadas sobretudo pela rejeição constituem um fator distal para o desenvolvimento de estilos de personalidade desadaptativos de auto-criticismo ou dependência (e.g., Blatt, 2004; Campos et al., 2010). Neste sentido, avaliar-se-á o efeito mediador dos estilos de personalidade, avaliados pelo fator auto-criticismo e pelo sub-fator necessidade – componente desaptativa da dependência – do QED, na relação entre representações parentais marcadas por rejeição e a suicidalidade, avaliada num segundo momento. Será também considerado um possível efeito mediador da depressão na relação entre representações parentais e suicidalidade.

Tendo em conta que vários acontecimentos de vida percecionados como negativos têm sido associados sistematicamente à suicidalidade (e.g., Cavanagh et al., 2003; Fawcett et al., 1997; Heikkinen et al., 1994), relação que se pode exacerbar na presença de sintomatologia depressiva (e.g., Galambos et al., 2006; Kessler, 1997; Mann et al., 1999), pretende-se verificar se um conjunto de oito acontecimentos de vida percecionados pelo indivíduo como negativos (a saber: doença de um familiar – mãe, pai ou avó –; dificuldades sexuais; alterações no nível económico; alterações nas atividades sociais; ser vítima de doença/acidente grave e; alterações na ocupação dos tempos livres)<sup>4</sup> se relaciona com a suicidalidade no jovem adulto e se a sintomatologia depressiva tem um efeito mediador desta relação (veja-se Sobrinho et al., 2013).

---

<sup>2</sup> As representações parentais caracterizadas por rejeição serão analisadas com recurso a dois indicadores (escala de rejeição materna e escala de rejeição paterna do EMBU).

<sup>3</sup> A variável acontecimentos de vida negativos é analisada a partir de uma soma compósita dos acontecimentos de vida negativos, retirados do LES, que se correlacionam significativamente com a suicidalidade.

<sup>4</sup> A forma como foram selecionados os itens é descrita na secção 2.2. *Instrumentos*.

Espera-se então que os acontecimentos de vida negativos apresentem uma relação direta com a suicidalidade medida num segundo momento. Além disso, espera-se também que esta relação seja exacerbada na presença de sintomatologia depressiva em ambos os momentos de recolha de dados, sendo deste modo a sintomatologia depressiva um mediador da relação entre acontecimentos negativos e suicidalidade.

A suicidalidade pode apresentar-se ao indivíduo como uma estratégia de fuga ao sofrimento e dor psicológica sendo que a sintomatologia depressiva e o humor disfórico são as manifestações psicopatológicas mais frequentes deste sofrimento psicológico (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Sarchiapone, Wasserman, Carli, Hoven & Wasserman, 2012; Spijker, Graaf, Have, Nolen & Speckens, 2010; Wilson & Deane, 2010). Assim, espera-se que a sintomatologia depressiva se relacione com a suicidalidade.





## Capítulo 6: Método

### **6.1. Participantes**

Participaram no presente estudo 321 estudantes, maioritariamente, da Universidade de Évora<sup>5</sup>, pertencentes a diferentes cursos de primeiro e segundo ciclo. Adotou-se um critério de conveniência na amostragem, sendo que foram seleccionados os sujeitos mais acessíveis ao investigador (Hill & Hill, 2008).

Com o intuito de evitar possíveis enviesamentos dos resultados, teve-se em atenção a ocorrência de erros no preenchimento dos instrumentos aplicados o que levou à exclusão de alguns protocolos. De entre esses erros verificou-se a ocorrência de: estilos de resposta marcados pelo erro de tendência central (17 protocolos); pelo menos um questionário não preenchido de entre os cinco que constituíam o protocolo (32 protocolos); ausência de identificação (1 protocolo); desistências durante a aplicação (1 protocolo). Assim, foram excluídos 51 protocolos, perfazendo-se um total de 270 participantes no momento 1 de recolha de dados. De entre estes participantes, 182 pertenciam ao sexo feminino (67,4%) e 88 ao sexo masculino (32,6%), com uma média de idades de 21,05 anos (DP=4, 29 anos).

Tratando-se de um estudo com carácter longitudinal, com dois momentos de recolha de dados separados por aproximadamente 5 meses ( $\bar{X} = 20$  semanas), o emparelhamento dos protocolos recolhidos foi em muitos casos impossibilitado pela não correspondência da identificação dos sujeitos (iniciais do nome)<sup>6</sup> nos dois momentos, *perdendo-se* um elevado número de protocolos (105 protocolos). Deste modo, a amostra final é composta por 165 participantes, 124 do sexo feminino (75,2%) e 41 do sexo masculino (24,8%) com uma média de idades de 20,23 anos (DP=3,16 anos). Na sua grande maioria os participantes frequentam o 1º e 2º ano do 1º ciclo de estudos (aproximadamente 70% da amostra). Na *Tabela 1.* pode observar-se a distribuição dos participantes nas variáveis demográficas:

---

<sup>5</sup> Numa tentativa de equilibrar a amostra ao nível dos sexos, participaram no estudo indivíduos do sexo masculino de outras Universidades. No entanto, dada a heterogeneidade desta característica demográfica não se considerou pertinente indicar esse dado.

<sup>6</sup> Ver secção 2.3. *Procedimento de Recolha de Dados.*

Tabela 1.

*Variáveis demográficas da amostra final (N=165)*

Variável	N	%	$\bar{X}$ (DP)
Idade (anos)	165		20.23 (3.16)
Sexo			
Feminino	124	75.2%	
Masculino	41	24.8%	
Escolaridade			2.18 (1.07)
1º ano (1ºcl)	50	30.3%	
2º ano (1ºcl)	65	39.4%	
3º ano (1ºcl)	27	16.4%	
1º ano (2ºcl)	18	10.9%	
2º ano (2ºcl)	5	3.0%	

Nota: 1º cl= 1º ciclo; 2ºcl = 2º ciclo

## 6.2. Instrumentos

Os participantes responderam a um protocolo de investigação constituído por uma ficha de dados demográficos e as versões portuguesas dos seguintes instrumentos (c.f. *Anexo I*):

**6.2.1. Questionário de Experiências Depressivas (QED):** versão portuguesa adaptada por Campos (2000, 2009) do original *Depressive Experiences Questionnaire* (Blatt, 1990; Blatt et al., 1976) – utilizado com o intuito de avaliar a presença de características introjetivas e anaclíticas da personalidade na amostra em estudo.

A versão original do QED foi desenvolvido por Blatt e colaboradores (Blatt et al., 1976; Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1979) e permite avaliar dois tipos de experiências depressivas – anaclíticas ou de dependência e introjetivas ou de auto-criticismo – que estão de acordo com a proposta teórica de Blatt (1974).

Este Questionário foi inicialmente desenvolvido para estudar experiências depressivas em indivíduos com um funcionamento dito normal e mais tarde a sua aplicabilidade foi alargada para a avaliação dos dois estilos de personalidade (Blatt & Shichman, 1983; Campos, 2009) na população geral e na população clínica (Blatt & Zuroff, 1992).

O instrumento é composto por sessenta e seis itens que permitem avaliar experiências depressivas/características da personalidade, mas que não constituem em si mesmo sintomas clínicos (Blatt, 1990; Blatt et al., 1976).

Os participantes respondem numa escala, de *Likert*, de sete pontos correspondendo o 1

a *discordo totalmente* e o 7 a *concordo totalmente*. O ponto 4 permite ao sujeito responder quando está indeciso em relação a um determinado item (Blatt, 1990; Blatt et al., 1976).

Em termos fatoriais, os sessenta e seis itens saturam em três fatores – dependência; auto-criticismo e eficácia –, resultando de um procedimento de Análise em Componentes Principais realizada com os dados recolhidos juntos da amostra de aferição, constituída por estudantes universitários americanos (Blatt et al., 1976, 1979).

O *fator dependência* (fator I) inclui itens que se referem às relações interpessoais e a temáticas como o abandono, a rejeição, a separação, a necessidade de depender dos outros e o medo de agredir o outro devido às possíveis consequências desse comportamento, nomeadamente a perda de gratificação externa (Blatt & Homann, 1992). Estudos posteriores (Blatt et al., 1995; Rude & Burnham, 1995) levaram à identificação de dois sub-fatores subjacentes ao fator dependência – *necessidade* e *contacto*<sup>7</sup>.

O *fator de auto-criticismo* (fator II) é composto por itens que se referem a uma dimensão mais interna, ou seja, aqueles que remetem para sentimentos de culpa, vazio interno, desesperança, insatisfação, insegurança, fracasso, medo de não estar à altura das expectativas e objetivos traçados, resistência à mudança e sentimentos ambivalentes acerca de si e dos outros (Blatt & Homann, 1992).

A análise fatorial revelou a existência de um terceiro fator, *eficácia* – menos documentado e validado – no qual saturam itens que envolvem confiança relativamente às capacidades e recursos do próprio, o sentimento de possuir força interior, ser capaz de assumir responsabilidades, sentir-se independente, orgulhoso e satisfeito com as suas próprias realizações (Blatt & Homann, 1992).

A obtenção dos resultados do QED obedece a cálculos complexos, uma vez que todos os itens são incluídos no cálculo de cada um dos três fatores, variando o peso do mesmo item em cada uma das dimensões. Contudo, existe um *software* informativo que permite obter os resultados de forma menos morosa e complexa, principalmente quando se trata de amostras de grandes dimensões (Campos, 2000, 2009). Este *software* permite, a cópia do ficheiro para o *software* SPSS onde serão introduzidos os valores dos sessenta e seis itens nas respetivas células e, em seguida calcular, de forma automática, os valores totais dos 3 fatores (Campos, 2009).

Campos (2009) realizou a adaptação deste instrumento para a população portuguesa, devido à sua relevância para a prática clínica, uma vez que o QED permite medir as

---

<sup>7</sup> Ver secção 2.2. *Avaliação dos estilos de personalidade: O Questionário de Experiências Depressivas (QED)*

dimensões anaclítica e introjetiva da personalidade, sendo estas relevantes para a patologia depressiva (Blatt, 1974; Blatt & Maroudas, 1992). Para além da prática clínica, a adaptação do QED para a população portuguesa teve também como objetivo colocar à disposição dos investigadores um instrumento utilizável na investigação psicológica. Este instrumento tem sido amplamente utilizado nesse contexto (e.g., Campos et al., 2010, 2012, 2013), o que tem permitido validar o instrumento de forma consistente.

Relativamente à consistência interna, os resultados obtidos para a versão portuguesa são bastante próximos dos da versão original (Blatt et al., 1976). Na versão portuguesa os valores de alfa de Cronbach foram calculados para as três escalas, dependência, auto-criticismo e eficácia, separadamente para os dois sexos, obtendo-se no caso do sexo masculino um alfa de: .82 para a escala de dependência; .78 para a escala de auto-criticismo e .71 para a escala de eficácia. Quanto ao sexo feminino obtiveram-se os seguintes resultados: .77; .70 e .70 para a dependência; auto-criticismo e eficácia, respetivamente (Campos, 2009). No presente estudo, utilizou-se a escala de auto-criticismo e a subescala necessidade. A análise da consistência interna foi realizada com a amostra global, indicando os valores de alfa obtidos que estamos perante uma *boa* consistência interna ( $\alpha = .80$  para o auto-criticismo;  $\alpha = .85$  para a necessidade) (Almeida & Freire, 2003; Pestana & Gageiro, 2008; Scherest, 1984).

**6.2.2. Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (QCS-R):** versão portuguesa para investigação de Campos, Rebelo e Abreu (2011) do original *Suicide Behaviors Questionnaire – Revised* (Osman et al., 2001) – utilizado para avaliar a suicidalidade na amostra em questão.

Este instrumento foi desenvolvido por Osman e colaboradores (2001) com o intuito de avaliar o risco de suicídio na população clínica e não clínica. Consiste num breve questionário de auto-resposta, constituído por quatro itens com diversas opções de resposta que nos permitem avaliar a presença de ideação/tentativa de suicídio (item 1), ideação recente (item 2), intenção suicida (item 3) e probabilidade futura de vir a cometer suicídio (item 4). Pode obter-se um resultado total de suicidalidade que varia entre 3 e 18 pontos, sendo o ponto de corte de 7 pontos (Osman et al., 2001). No presente estudo a suicidalidade foi avaliada através do cálculo de uma variável latente resultante de quatro indicadores, observados, que correspondem aos quatro itens deste instrumento.

Os quatro itens são: *Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?*; *Com que frequência pensou matar-se no último ano?*; *Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?*; *Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se*

um dia? (Campos et al., 2011; Osman et al., 2001).

Na versão original o valor de alfa de Cronbach ( $\alpha = .76$ ) indica que o QCS-R tem uma consistência interna *razoável* (Almeida & Freire, 2003; Secherest, 1984), estando este valor próximo do obtido no presente estudo ( $\alpha = .71$ ).

A versão portuguesa tem-se relevado bastante adequada para a investigação, sendo utilizada em diversos estudos desde a sua adaptação (e.g., Campos et al., 2013).

**6.2.3. Memórias de Infância (EMBU)<sup>8</sup>:** versão portuguesa de Canavarro (1996), adaptada da versão inglesa *Inventory for assessing Memories of Parental Rearing Behavior* (Perris, Jacobsson, Linndström von Knorring & Perris, 1980) – utilizado nesta investigação com o intuito de avaliar as representações parentais dos jovens adultos, sendo escolhido por ser um dos instrumentos mais utilizados em Portugal para avaliar este aspeto (Canavarro, 1996).

O EMBU é um instrumento que avalia as representações de determinadas práticas educativas durante a infância e adolescência do indivíduo, relativamente ao pai e à mãe separadamente. Os participantes respondem aos vinte e três itens do EMBU numa escala de 4 pontos, de *Não, nunca* (1 ponto) ao *Sim, a maior parte do tempo* (4 pontos) (Canavarro, 1996).

Os itens desta escala saturam em três fatores, que devem as suas denominações a Rollins e Thomas (1979). Corresponde a três tipos específicos de práticas educativas parentais. O *fator Suporte Emocional* (fator I) corresponde a práticas parentais que transmitem à criança sentimentos de conforto e aprovação pelas figuras parentais. O *fator rejeição* (fator II) corresponde a práticas educativas que visam a modificação da vontade da criança podendo recorrer a castigos, privações e recompensas com o intuito de influenciar a criança a comportar-se da forma desejada pelos pais, este tipo de praticas parentais são sentidas pela criança como uma pressão para assumirem um comportamento imposto pelas figuras parentais. Por último, o *fator sobreproteção* (fator III) reflete uma atitude controladora e intrusiva assumida pelas figuras parentais na interação com a criança, evitando deste modo a conquista da independência por parte desta última (Arrindell & van der Ender, 1984; Rollins & Thomas, 1979).

Quanto à fiabilidade deste instrumento, os resultados de alfa de Cronbach obtidos na amostra de adaptação para a população portuguesa ( $\alpha = .54$  para o total de itens referentes ao pai e  $\alpha = .66$  para o total de itens referentes à mãe) dão a indicação de uma *fraca*

---

<sup>8</sup> Versão original *Egna Minnen av Barndoms Uppfostram* (Perris, Jacobson, Lindstrom von Knorring & Perris, 1980)

consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008), no entanto estes valores podem dever-se ao facto do cálculo ter sido realizado para o total de itens do instrumentos, referentes ao pai e a mãe e não, separadamente para cada um dos três fatores. Segundo Sechrest (1984) este procedimento pode gerar resultados de alfa inferiores aos que seriam encontrados caso se calculasse a consistência interna para cada um dos fatores, uma vez que se trata de um instrumento multifatorial.

Neste estudo, como referido anteriormente, foi apenas utilizado o *fator rejeição* para o pai e para a mãe que foram considerados como dois indicadores, observáveis, da variável latente *rejeição*. Os resultados de alfa de Cronbach para estes dois indicadores foram:  $\alpha = .74$  para o pai e;  $\alpha = .76$  para a mãe, valores que sugerem uma consistência interna razoável (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2008)

**6.2.4. Escala de Avaliação de Acontecimentos de Vida (LES):** versão portuguesa de Silva e colegas (2003) adaptada do original *Life Experience Survey* (Sarason et al., 1978) – utilizada para a avaliação da percepção dos acontecimentos de vida no jovem adulto.

A versão original da LES foi desenvolvida devido à constatação científica de que os acontecimentos de vida são um fator de risco para o adoecer físico e psicológico e pela necessidade de quantificar o impacto dos acontecimentos de vida no indivíduo (Sarason et al., 1978). Tendo como ponto de partida o *Schedule of Recent Experiences* – SRE – (Holmes & Rahe, 1967), a LES apresenta a mais-valia de ter em conta o caráter subjetivo dos acontecimentos de vida. Esta escala não define qual a valência dos acontecimentos de vida, em vez disso, avalia a percepção (i.e., positiva ou negativa) que o indivíduo tem de cada um dos acontecimentos que a constituem (Sarason et al., 1978). Assim as três escalas que constituem este instrumento avaliam: *Acontecimentos de vida positivos* (correspondendo ao somatório dos itens considerados pelo respondente como positivos, ou seja com pontuação entre 1 e 3); *Acontecimentos de vida negativos* (correspondendo ao somatório dos itens considerados pelo respondente como negativos, ou seja com pontuação entre -3 e -1); e *Total de stress experimentado* (correspondendo ao somatório da pontuação em todos os itens). A inclusão de um item em determinada escala dependerá da percepção que os respondentes têm do acontecimento que constitui o item. Esta organização do instrumento faz sentido com base nos resultados obtidos por Marshal (2003), mostrando que o impacto dos acontecimentos é subjetivo. Deste modo, um mesmo acontecimento pode ser considerado positivo para um indivíduo (sendo incluído na escala *Acontecimentos de vida positivos*) mas ter uma conotação negativa para outro (sendo incluído na escala

*Acontecimentos de vida negativos*).

Originalmente (Sarason et al., 1978), a LES é constituído por duas partes. A primeira destina-se à população em geral e é constituída por quarenta e sete afirmações referentes a acontecimentos de vida (Silva et al., 2003). A segunda parte é dirigida a estudantes universitários, sendo aplicada apenas quando os respondentes se encontram nesta situação académica. Este conjunto de dez itens não se encontra traduzido e adaptado para a população portuguesa.

Na versão original os itens podem ser respondidos numa escala de 7 pontos que vai desde o *Muito negativo* (-3 pontos) ao *Muito positivo* (3 pontos). Para além destas 7 opções de resposta, na versão portuguesa foi introduzida uma outra opção, não pontuável, correspondendo à designação *Não se aplica*. A criação desta opção de resposta teve como objetivo evitar que o indivíduo não responda ao item quando o acontecimento apresentado no mesmo não ocorreu na sua vida ao longo do último ano. Deste modo, torna-se possível distinguir situações que não aconteceram, da ausência de resposta ao item (Silva et al., 2003).

Os itens da LES foram escolhidos para representar acontecimentos de vida que ocorrem frequentemente na vida dos indivíduos da população em geral. Muitos dos itens são baseados em instrumentos pré-existent, como é o caso do SRE, enquanto que outros foram incluídos devido à frequente e potencial impacto que exercem na vida do indivíduo que os experimenta (Sarason, et al., 1978).

Neste estudo, considerou-se apenas um conjunto de vinte e oito acontecimentos de vida/itens (*c.f.*, *anexo II*), dos quarenta e sete elencados na LES, que a literatura (e.g., Cheng et al., 2000; Fergusson et al., 2000; Heikkinen et al., 1994; McAuliffe et al., 2003) tem identificado como estando associados com a suicidalidade. De entre esses vinte e oito itens verificou-se que oito apresentavam uma correlação estatisticamente significativa com a suicidalidade (doença de um familiar – mãe, pai ou avó –; dificuldades sexuais; alterações no nível económico; alterações nas atividades sociais; ser vítima de doença/acidente grave e; alterações na ocupação dos tempos livres)<sup>9</sup>. Assim, foi incluído no modelo em análise, uma variável que resulta da soma compósita dos oito itens/acontecimentos de vida negativos referidos. Este procedimento de seleção de apenas alguns dos itens do instrumento tornou-se possível na medida em que os itens são considerados afirmações independentes entre si e que podem ser utilizados individualmente (Silva et al, 2003; Sarason et al., 1978).

Em termos psicométricos, esta Escala apresenta uma consistência interna de .70 (Silva

---

<sup>9</sup> Ver Anexo III – Correlações entre os itens selecionados da LES e a suicidalidade

et al., 2003; Sarason et al., 1978), considerada *razoável* (Almeida & Freire, 2003; Pestana & Gageiro, 2008). Neste estudo obteve-se um alfa de Cronbach de .66 no momento 1 e um alfa de Cronbach de .79, para a escala total de acontecimentos de vida. Estes valores são indicativos de uma consistência interna *razoável* no momento 1 e no momento 2 (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2006).

**6.2.5. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D):** versão portuguesa aferida por Gonçalves e Fagulha (2004) do original *Center for Epidemiological Studies – Depression* (Radloff, 1977) – utilizada como medida da depressão sintomática na população em estudo.

Trata-se de um instrumento construído especificamente para estudos com a população geral (Radloff, 1977). Não obstante, a CES-D tem sido também sistematicamente utilizada em populações clínicas, revelando-se igualmente adequada (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff & Locke, 1977), uma vez que apresenta uma *boa* consistência interna em ambas as populações ( $\alpha = .85$  para a população em geral e  $\alpha = .90$  para a população clínica) (Radloff, 1977). Na amostra de adaptação portuguesa obteve-se uma consistência interna de .92 e na amostra em estudo de .91, no momento 1 e .92 no momento 2. Os valores da amostra de adaptação e da amostra em estudo são bastante próximos, obtendo-se uma consistência interna *muito boa* (Pestana & Gageiro, 2008).

A CES-D é uma escala ateórica que avalia a presença de sintomatologia depressiva (Gonçalves & Fagulha, 2004; Radloff, 1977). Apesar de se tratar de uma escala ateórica remete de forma implícita para uma perspetiva dimensional das perturbações depressivas, entendendo a depressão como uma variação contínua entre o funcionamento normativo e as formas de depressão mais grave (Gonçalves & Fagulha, 2004).

É constituída por vinte itens selecionados com base em escalas de depressão pré-existent e que apresentavam boas qualidades psicométricas. Este procedimento de construção/seleção dos itens teve como objetivo assegurar que os itens constituintes da CES-D representam as componentes mais relevantes da sintomatologia depressiva, especificamente, humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, alterações do sono e apetite (Radloff, 1977).

Esta prova pode ser aplicada de forma individual ou coletiva em diversos contextos e populações (Gonçalves & Fagulha, 2004). O indivíduo responde numa escala de 4 pontos que varia desde 0 (*Nunca ou muito raramente*) a 3 (*Com muita frequência ou sempre*). Para a obtenção do resultado total procede-se ao cálculo da soma compósita da



pontuação obtida em cada item (Gonçalves & Fagulha, 2004; Radloff, 1977).

### **6.3. Procedimento**

#### **6.3.1. Procedimento de recolha de dados**

A fase preliminar do presente estudo consistiu na seleção das turmas às quais seria aplicado o protocolo de investigação composto pelos instrumentos antes apresentados. Para este processo teve-se apenas como critério a possibilidade dos alunos/participantes poderem responder ao mesmo protocolo num segundo momento. Ambas as aplicações foram realizadas em contexto de sala de aulas separadas por cerca de cinco meses.

Realizada esta seleção contactaram-se os docentes que estavam a lecionar as turmas seleccionadas, explicando-se em linhas gerais o estudo que estava a ser desenvolvido e solicitando-se autorização para a aplicação do respetivo protocolo numa das suas aulas.

No momento da aplicação foi apresentada a investigação aos participantes, solicitado o seu consentimento informado (*c.f., Anexo I*) e a resposta ao protocolo. Foi explicada em termos gerais a temática em estudo (i.e., suicidalidade e personalidade) e referidos os cuidados éticos e deontológicos que esta investigação respeita, nomeadamente o direito à confidencialidade e a possibilidade de desistir mesmo iniciando a resposta ao protocolo. Do mesmo modo, informaram-se os participantes sobre a forma de identificação dos protocolos e o propósito desta. A identificação (i.e., iniciais do nome completo) era necessária para que num segundo momento fosse possível emparelhar os dois protocolos de cada participante, obtidos nos dois momentos. Foi utilizada esta forma de identificação dos protocolos de forma a assegurar o anonimato dos participantes.

No segundo momento de recolha de dados foram contactados os docentes que estavam a lecionar unidades curriculares das turmas alvo da primeira aplicação, seguindo-se os mesmos procedimentos e lembrando aos participantes os aspetos relevantes no preenchimento do protocolo, como referido anteriormente.

#### **6.3.2. Procedimento de Análise de Dados**

Numa fase inicial recorreu-se ao *software SPSS 21* para a introdução dos dados e cálculo das escalas referentes às variáveis em estudo nos dois momentos de recolha de dados.

Como análise preliminar correlacionaram-se, com recurso ao *SPSS 21*, as variáveis a incluir no modelo, no sentido de desde logo poder excluir trajetórias entre variáveis

que não apresentassem uma correlação significativa. Calcularam-se também as correlações entre as variáveis em estudo e as variáveis demográficas (i.e., sexo, idade e escolaridade/ano de curso).

Em seguida, através do *software AMOS 21*, foi utilizada a modelação de equações estruturais (SEM) (Hoyle & Smith, 1994) com estimação pelo método da máxima verosimilhança para testar o modelo descrito no capítulo do *Enquadramento e objetivos de investigação* (veja-se figura 1). A modelação de equações estruturais permite o cálculo simultâneo de equações de regressão e a consideração de variáveis latentes, permite igualmente, gerar índices de ajustamento para avaliar a adequação do modelo teórico proposto aos dados obtidos. Permite ainda que as associações entre variáveis sejam analisadas enquanto se avaliam os erros de medida nas variáveis dependentes e independentes.

A modelação por equações estruturais permitirá, neste caso, estudar a influência da rejeição paterna e materna, das variáveis de personalidade, necessidade e auto-criticismo e das variáveis depressão e acontecimentos de vida negativos na variável dependente suicidalidade, avaliada em média, cinco meses depois, num *design* longitudinal. Foram especificadas duas variáveis latentes, rejeição, com dois indicadores – rejeição materna e rejeição paterna – e a variável suicidalidade com quatro indicadores – ideação / tentativa de suicídio, ideação recente, intenção suicida e probabilidade futura de vir a cometer suicídio – sendo as restantes variáveis no modelo, variáveis observadas.

Foram considerados diversos índices de ajustamento. Utilizou-se o teste do  $\chi^2$  para avaliar o grau de ajustamento do modelo proposto aos dados por comparação com o modelo saturado (o modelo de base que representa o perfeito ajuste do modelo). Um valor de  $\chi^2$  não significativo é tradicionalmente aceite como critério para não rejeitar um modelo SEM. Trata-se, no entanto, de um critério que pode ser demasiado rigoroso e que é influenciado pelo número de variáveis e pelo número de participantes (e. g., Landry, Smith, Swank & Miller-Loncar, 2000). Assim utilizaram-se também índices de ajustamento adicionais: o  $\chi^2/df$ , o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Non-Normed Fit Index* (NNFI). Um modelo em que  $\chi^2/df$  seja  $\leq 3$ , o CFI e o NNFI sejam maiores do que 0.90, e o RMSEA se situe entre .00 e .06 com um intervalo de confiança entre .00 e .08 é considerado aceitável (Hu & Bentler, 1999).

## Capítulo 7: Resultados

### **7.1. Análise preliminar**

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2 (p.49), verifica-se que a suicidalidade avaliada no momento 2 se correlaciona com, a depressão avaliada no momento 1 ( $r = .35, p < .001$ ), a depressão avaliada no momento 2 ( $r = .47, p < .001$ ), os acontecimentos de vida ( $r = .32, p < .001$ ), a necessidade ( $r = .17, p < .05$ ), o auto-criticismo ( $r = .35, p < .001$ ) e a rejeição paterna ( $r = .33, p < .001$ ) e materna ( $r = .30, p < .001$ ). Como também se pode observar na tabela 2, todas as restantes correlações entre as variáveis representadas no modelo são significativas.

Relativamente à correlação entre as variáveis demográficas e a suicidalidade, verificou-se que a variável sexo não se correlacionou a suicidalidade ( $r = -.05, ns$ ), mas que a variável idade apresenta uma correlação significativa com a suicidalidade ( $r = .25, p < .01$ ), assim como a escolaridade/ano de curso ( $r = .34, p < .01$ ).

### **7.2. Modelação de equações estruturais**

O modelo de equações estruturais (veja-se figura 2, p. 50) ajusta-se aos dados de forma muito satisfatória ( $\chi^2 [28] = 45.83, p < .018, \chi^2/df = 1.64, NNFI = .93, CFI = .97, RMSEA = 0.062, 90\% \text{ CI } [0.0260', 0.094]$ ). O modelo explica 35.2% da variância da suicidalidade avaliada no momento 2 ( $p < .001$ ).

Na figura 3 (p. 51), as trajetórias (efeitos diretos) assinaladas a *negrito* são significativas. Assim, verifica-se que a rejeição se associa significativamente com a suicidalidade ( $\beta = .21, t = 2.26, p < .05$ ), com o auto-criticismo ( $\beta = .45, t = 5.74, p < .001$ ), com a necessidade ( $\beta = .25, t = 3.07, p < .001$ ) e com os acontecimentos de vida negativos ( $\beta = .35, t = 4.34, p < .001$ ). O auto-criticismo associa-se significativamente com a depressão no momento 1 ( $\beta = .27, t = 3.53, p < .001$ ) e no momento 2 ( $\beta = .35, t = 4.50, p < .001$ ), a necessidade associa-se significativamente com a depressão no momento 1 ( $\beta = .30, t = 4.84, p < .001$ ) e no momento 2 ( $\beta = .23, t = 3.28, p < .001$ ), e os acontecimentos de vida também se associam significativamente com a depressão no momento 1 ( $\beta = .25, t = 3.64, p < .001$ ) e no momento 2 ( $\beta = .16, t = 2.29, p < .05$ ). A depressão avaliada no momento 2, mas não a depressão avaliada no momento 1, associa-se com a suicidalidade ( $\beta = .31, t = 3.24, p < .001$ ).

Relativamente ao cálculo dos efeitos indiretos (veja-se Figura 3, p. 51), utilizou-se o método *bootstrap* (e.g., Shrout & Bolger, 2002; Mallinckrodt, Abraham, Wei & Russell, 2006). O procedimento foi implementado usando 500 amostras. Verificou-se que 100% das amostras de *bootstrap* convergiram para o modelo testado. A rejeição associou-se com a suicidalidade, através da sua relação com o auto-criticismo, a necessidade, os acontecimentos de vida negativos e a depressão avaliada no momento 2 ( $\beta = .19$ ,  $p < .01$ ).

O auto-criticismo associou-se com a suicidalidade através da sua relação com a depressão avaliada no momento 2 ( $\beta = .14$ ,  $p < .05$ ), acontecendo o mesmo com a necessidade ( $\beta = .11$ ,  $p < .05$ ). Os acontecimentos de vida apresentaram uma relação indireta com a suicidalidade avaliada no momento 2, através da depressão avaliada no momento 2, apenas tendencialmente significativa ( $\beta = .08$ ,  $p < .10$ ).

Finalmente, importa notar que quando o modelo foi testado controlando a variância comum com as variáveis demográficas idade e escolaridade e, as variáveis de personalidade, a depressão, a rejeição e os acontecimentos de vida negativos, bem como as associações entre estas variáveis e a suicidalidade, os resultados não se alteraram de forma significativa. Assim sendo, e por uma questão de simplificação na apresentação do modelo, as variáveis demográficas foram eliminadas do mesmo.

Tabela 2.

*Correlações entre as variáveis em estudo*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	M	SD
Rejeição parental										
1. Rejeição pai	_____								9.96	2.66
2. Rejeição mãe	.83***	_____							12.29	3.35
Características de personalidade										
3. Auto-criticismo	.44***	.38***	_____						-.52	.87
4. Necessidade	.24**	.18*	.39***	_____					.14	.81
Acontecimentos de vida										
5. Aconte. de vida negativos	.34***	.30***	.35***	.18*	_____				3.67	3.33
6. Depressão – momento1	.29***	.26**	.48***	.46***	-.40***	_____			14.21	9.53
7. Depressão – momento 2	.29***	.24***	.51***	.40***	-.33***	.55***	_____		13.66	9.79
Suicidalidade										
8. Suicidalidade – momento 2	.33***	.30***	.35***	.17*	.32**	.35***	.47***	_____	4.90	2.37

Nota: N =165. \*p<.05, two-tailed; \*\* p<.01, two-tailed; \*\*\* p<.001, two-tailed.

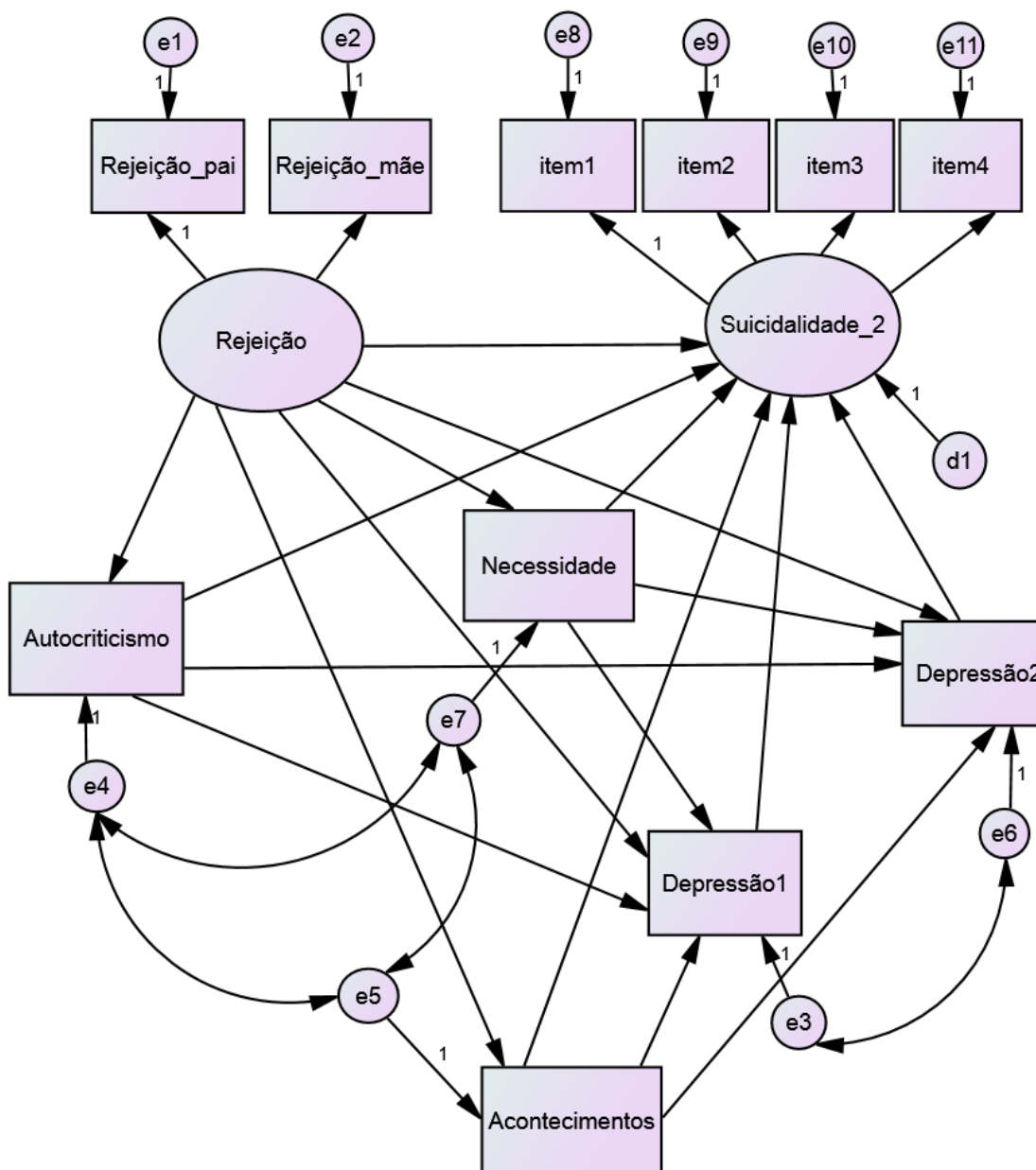


Figura 2. Modelo a testar.

Os retângulos representam variáveis observadas e os círculos variáveis latentes (i.e., rejeição e suicidalidade). As setas unidirecionais representam a efeitos diretos e as setas bidirecionais indicam que foi controlado o efeito da variância comum. O “e” nos círculos pequenos representa resíduos e o “d” representa distúrbios.

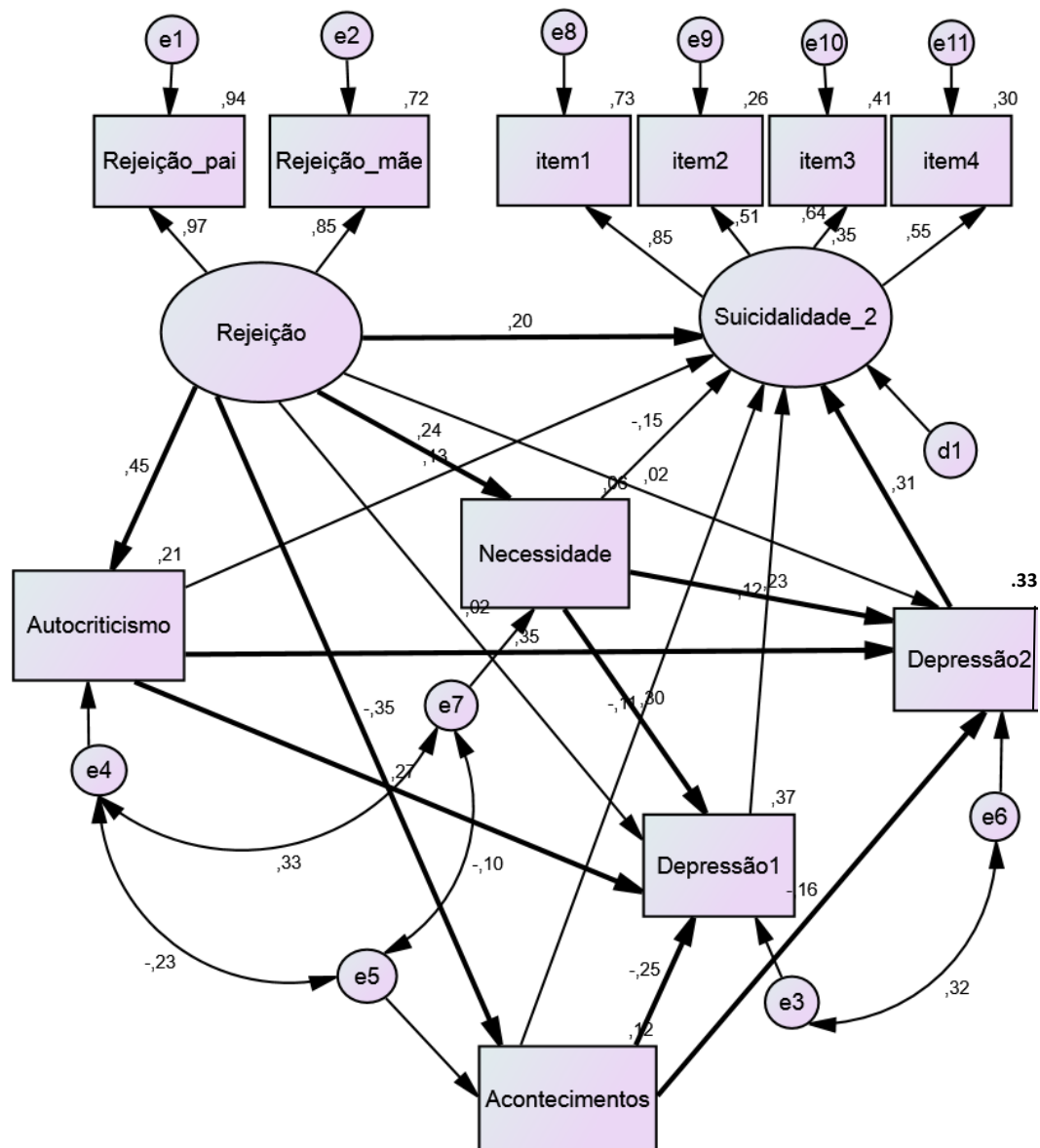


Figura 3. Modelo final.

As setas a negrito representa relações estatisticamente significativas entre as variáveis e os valores junto às variáveis indicam o valor da variância explicada ( $R^2$ ).





## Capítulo 8: Discussão

Perante a expressividade dos comportamentos suicidários nos jovens adultos torna-se relevante perceber que fatores colocam os indivíduos, nesta fase da vida, em risco de manifestarem estes comportamentos. Neste trabalho testou-se um modelo de previsão da suicidalidade, através de um *design* longitudinal, com base em diversas variáveis, internas e externas ao indivíduo como, estilos de personalidade desadaptativos, representações parentais, acontecimentos de vida negativos e sintomatologia depressiva.

A presença de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis independentes em estudo bem como com a suicidalidade, confirma que são diversas as dimensões humanas que contribuem para a suicidalidade, desde a dimensão relacional, aqui representada pela rejeição parental (e.g., Campos et al., 2013), passando pela dimensão relativa aos traços de personalidade (e.g., Blatt, 1990, 2004), por uma dimensão mais externa e contextual, os acontecimentos de vida negativos (e.g., Beautrais, Joyce & Mulder, 1997; Blatt, 2004; Cooper, Appleby & Amos, 2002; Fergusson et al., 2000; Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011), e por fim, a dimensão psicopatológica, especificamente a depressão (e.g., Campos et al., 2012). É provavelmente a influência recíproca e cumulativa destas variáveis que pode ajudar a compreender/prever a suicidalidade e não apenas a presença de uma das dimensões aqui estudadas. Estes resultados apoiam a conceptualização da suicidalidade como um fenómeno multidimensional (Packman et al., 2004; Shneidman, 1987).

Para avaliar a influência conjunta das variáveis em estudo, testou-se um modelo de previsão da suicidalidade verificando-se que o modelo se ajusta de forma muito satisfatória aos dados.

Verificou-se que o auto-criticismo apresentou um efeito indireto na previsão da suicidalidade, assim como o estilo anaclítico. Em ambos os casos a relação com a suicidalidade foi mediada pela depressão. Este resultado pode ser interpretado à luz do modelo de Blatt e da investigação empírica sobre estes estilos de personalidade. Os indivíduos autocríticos apresentam uma autoestima frágil que tentam manter estável através de tentativas contínuas de atingir a perfeição. Deste modo, estes indivíduos dificilmente se sentem satisfeitos e quando, de facto, conseguem alcançar os objetivos pretendidos, rapidamente a satisfação é substituída, novamente, pelo medo do fracasso e necessidade de reconhecimento externos. Tudo isto é gerador de intenso mal-estar (Blatt, 2004; 2008; Campos et al., 2012) e sofrimento psicológico uma vez que, devido ao estabelecimento de metas irrealistas e padrões rigorosos (Nietzel & Harris, 1990), estes indivíduos deparam-se frequentemente com o fracasso (Dunkley et al.,

2003). Perante o sofrimento causado pelo fracasso os indivíduos auto-criticos tendem a desenvolver sentimentos de culpa e depressão (Blatt, 1974; Blatt & Zuroff, 1992).

Quanto ao estilo anaclítico os resultados obtidos apontam também para a presença de uma relação indireta entre necessidade e suicidalidade no jovem adulto, também ela mediada pela depressão. A relação encontrada é apoiada por alguns estudos (e.g. Campos et al., 2012; Klomek et al., 2008). No caso do estilo anaclítico o efeito de mediação pode ser justificado pela vulnerabilidade que as características anaclíticas geram na personalidade para a manifestação da depressão perante situações de abandono e separação (Blatt & Homann, 1992; Mongrain, 1993).

Por sua vez, as relações precoces disfuncionais são apontadas como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de estilos marcadamente introjetivos ou anaclíticos, ou seja estilos de personalidade desadaptativos (e.g., Blatt, 1991). Diversos estudos (e.g., Besser & Priel, 2005b; Blatt & Homann, 1992; Campos, 2010; Campos Besser & Blatt, 2010; Campos et al., 2013; MacCranie & Bass, 1984) têm concluído também que as representações parentais marcadas por rejeição apresentam uma relação significativa com a depressão e a suicidalidade, assumindo-se deste modo como fator distal para o desenvolvimento dos estilos de personalidade aqui abordados (Blatt, 2004).

Os resultados obtidos confirmam a existência de uma relação entre as representações parentais, paternas e maternas, marcadas por rejeição e ambos os estilos de personalidade em estudo. Os estilos de personalidade desempenham um papel mediador entre a rejeição parental e a suicidalidade (Campos et al., 2013). Estes resultados evidenciam a relevância das relações precoces para o funcionamento do indivíduo e para a vulnerabilidade ao mal-estar e ao suicídio.

Para além disto, os resultados obtidos confirmam que a perceção que o indivíduo tem dos acontecimentos de vida que vai vivenciando se associa com as representações parentais marcadas por rejeição, confirmando a importância das relações precoces para a forma como o indivíduo organiza o seu mundo interno e, conseqüentemente interpreta o mundo externo (Ramos, 2009). Estes esquemas cognitivos disfuncionais influenciam a forma como o indivíduo interpreta as experiências que vivencia ao longo da sua vida (Blatt, 1974, 1990, 1995, 2004, 2008). Conseqüentemente quanto mais negativa esta interpretação dos acontecimentos de vida, maior o risco de suicídio (Cavanagh et al., 2003; Malone et al., 2013), o que se verifica nesta investigação, confirmando-se o papel mediador dos acontecimentos de vida negativos na relação entre rejeição parental e suicidalidade. Assim, os acontecimentos de vida podem

constituir um fator de risco situacional para a suicidalidade (Cheng et al., 2000; Fergusson et al., 2000; McAuliffe et al., 2003) quando estão presentes no indivíduo representações parentais caracterizadas por rejeição. No entanto, a relação entre a rejeição parental e a suicidalidade mantém-se na ausência dos acontecimentos de vida negativos.

Ainda no que se refere à percepção dos acontecimentos de vida, os resultados sugerem que o sofrimento causado por estes poderá levar ao desenvolvimento de suicidalidade (Heikkinen et al., 1997). Os resultados obtidos evidenciam que os oito acontecimentos de vida testados se relacionam com a suicidalidade, sendo esta relação mediada pela presença de sintomatologia depressiva. Confirma-se, igualmente a existência de uma forte relação entre depressão e suicidalidade (e.g., Campos et al., 2012; Galambos et al., 2006; Lamis, Malone, Langhinrichsen-Rohling & Elis, 2010).

Como referido anteriormente, os acontecimentos de vida negativos podem ser interpretados como precipitantes/fatores de risco situacional para a manifestação de ideação, intenção e/ou comportamento suicidário (Cheng et al., 2000; Fergusson et al., 2000; McAuliffe et al., 2003). A identificação dos acontecimentos de vida que se relacionam com a suicidalidade pode ser uma medida preventiva da suicidalidade.

A análise prévia à elaboração do modelo testado permitiu identificar os oito acontecimentos de vida negativos que se relacionam com a suicidalidade no presente estudo, acontecimentos que também foram identificados em estudos prévios (e.g., Fergusson et al., 2000; O'Donnel et al., 2004; Heikkinen et al., 1994, 1997; Priel & Shahar, 2000).

Entre os oito acontecimentos de vida que se relacionam com a suicidalidade neste estudo encontram-se acontecimentos que remetem para as diferentes dimensões do ser humano. Entre eles encontram-se acontecimentos que remetem para a dimensão relacional, representada pela vivência de problemas de saúde dos pais ou da avó. Estes acontecimentos poderão ser avaliados pelos participantes como acontecimentos de vida negativos na medida em que ativam, eventualmente, vulnerabilidades internas, nomeadamente o medo da perda e abandono (Blatt, 2004). Podem consequentemente, levar à intensificação do *stress* experimentado e, em última instância, à manifestação de comportamentos suicidários como fuga da dor psicológica sentida e evitamento da desorganização mental. Ainda no que se refere à dimensão relacional a alteração na ocupação dos tempos livres e nas atividades sociais – no sentido da diminuição – poderá também ativar as vulnerabilidades internas anteriormente referidas. Não obstante, os dois últimos acontecimentos de vida referidos, na fase desenvolvimental em estudo – entrada na vida adulta –, remetem para a importância dos pares

enquanto elementos do suporte social, contribuindo para a manutenção do bem-estar psicológico (Fleming, 1993; O'Donnell et al., 2004). Como foi dito antes, a entrada na vida adulta acarreta grandes mudanças geradoras de *stress* e, neste sentido, os pares, partilhando das mesmas inquietações, podem desempenhar um papel importante nesta fase da vida. Na ausência, real ou percebida, de um grupo de pessoas em que o sujeito possa confiar tornar-se-á mais difícil manter o bem-estar psicológico e lidar com os desafios que enfrenta, ativando sentimentos de abandono e solidão que como explorado anteriormente podem colocar o indivíduo em risco devido ao mal-estar sentido (O'Donnell et al., 2004).

Os acontecimentos de vida que remetem para a dimensão social, mais especificamente para o cumprimento de normas sociais e alcance de prestígio e reconhecimento social, como são as dificuldades sexuais e as alterações no nível económico colocam o indivíduo em risco devido ao desenvolvimento de sentimentos de vergonha e aumento dos níveis de *stress* (Fergusson et al., 2000).

Outro acontecimento de vida que se relacionou com a suicidalidade foi a experiência de um problema de saúde. Este acontecimento de vida é frequentemente relacionado com os comportamentos suicidários, sendo as doenças crónicas as que colocam o indivíduo em maior risco de vir a tentar pôr fim à vida (Heikkinen et al., 1997) principalmente nas primeiras fases de adaptação à doença. Também as doenças psiquiátricas são um forte preditor da suicidalidade, especialmente a depressão (e.g., Cheng et al., 2000; Guerreiro, 2009).

Pode ainda verificar-se que todos os acontecimentos que se associaram significativamente com a suicidalidade correspondem a eventos não normativos. Esta evidência vai ao encontro da premissa apresentada por Marshall (2003), de que quanto mais inesperados e significativos forem os acontecimentos, mais elevados serão os níveis de *stress* experimentados e a probabilidade de desenvolvimento de psicopatologia.

Finalmente os resultados obtidos mostram também uma forte associação entre depressão e suicidalidade, algo que tem vindo a ser sistematicamente observado em estudos prévios (e.g., Furr, Westefeld, McConnell & Jenkins, 2001; Hatcher-Kay & King, 2003; Takahashi, 2001).

## Conclusões, implicações clínicas e direções futuras

---

Relativamente aos resultados encontrados conclui-se que os fatores considerados dão um contributo, na previsão da suicidalidade em jovens adultos verificando-se nomeadamente que a suicidalidade poderá resultar de vulnerabilidades estruturadas em fases precoces do desenvolvimento, uma vez que as representações disfuncionais das relações de cuidado se apresentam, de acordo com os resultados, preditores da suicidalidade.

Para além do efeito preditivo desempenhado pelas representações parentais caracterizadas pela rejeição na suicidalidade, estas podem contribuir para o desenvolvimento de estilos de personalidade com características desadaptativas e para uma perceção mais negativa de determinados acontecimentos de vida. As características de personalidade, resultantes de relações precoces disfuncionais podem conduzir à manifestação de psicopatologia, nomeadamente a depressão, exacerbando o risco suicidário.

Os resultados deste estudo apresentam relevância para a prática clínica, uma vez que fornecem pistas para a implementação de programas de prevenção da suicidalidade no jovem adulto. O clínico, estando desperto para a presença dos indicadores como as representações parentais caracterizadas por rejeição, os estilos de personalidade, a presença de sintomatologia depressiva e a vivência de determinados acontecimentos de vida interpretados como negativos, poderá/deverá avaliar o risco de suicídio e orientar a sua intervenção no sentido de evitar a manifestação de comportamentos suicidários nesta fase desenvolvimental.

Os acontecimentos de vida assumem-se como um importante fator para a prevenção da suicidalidade em jovens adultos. As mudanças/acontecimentos de vida inerentes a esta fase poderão ser a principal causa ativadora de vulnerabilidades pré-existentes, principalmente quando essas mudanças remetem para algum dos acontecimentos de vida que no presente estudo se relacionaram significativamente com a suicidalidade, como são os problemas de saúde dos pais ou da avó, as dificuldades sexuais, as alterações no

nível económico, nas atividades sociais e na ocupação dos tempos livres e, ser vítima de doença ou acidente grave.

No que respeita às limitações/estudos futuros, pode apontar-se a discrepância entre sexos na amostra. Tentou colmatar-se este aspeto com recurso a uma maior diversidade de cursos no entanto não foi possível obter um equilíbrio em termos desta variável demográfica. Esta limitação poderá gerar algum enviesamento dos resultados (Almeida & Freire, 2003) e neste sentido, estudos futuros deverão evitar esta discrepância.

Associado à limitação anterior surge uma outra que se prende com a grande diminuição da amostra entre os 2 momentos de recolha de dados devido à impossibilidade de emparelhamento dos dois protocolos de cada participante. Tratando-se de um estudo longitudinal era expectável que houvesse de facto alguma mortalidade experimental e por esse motivo houve o cuidado prévio de recolher uma amostra de grandes dimensões no primeiro momento e de utilizar uma forma de emparelhamento dos protocolos de cada participante nos dois momentos. Contudo, este procedimento não se revelou eficaz pois, embora não se tenha verificado uma diminuição significativa do número de protocolos respondidos no momento 1 e 2 (i.e., mortalidade experimental), surgiu um outro problema que levou à diminuição da amostra, a não correspondência da identificação. Em estudos futuros deverá tentar recorrer-se a uma forma alternativa de identificação dos protocolos, permitindo uma maior segurança da validade e posterior generalização dos resultados obtidos (Almeida & Freire, 2003).

Outra limitação desta investigação prende-se com a natureza quantitativa do estudo, recorrendo-se apenas a medidas de auto-relato o que pode levar à ocorrência de erros uma vez que não é tida em conta a subjetividade por detrás da resposta do sujeito. É neste sentido que King (1994) sugere a realização de entrevistas qualitativas complementares à utilização de métodos quantitativos de modo a esclarecer o significado que o indivíduo atribuiu à sua resposta. Mais ainda, o recurso a medidas de auto-relato pode gerar eventuais enviesamentos dos resultados derivados da desejabilidade social (Almeida & Freire, 2003).

Como sugestões para investigações futuras, poder-se-á testar o modelo em amostras de alto risco (i.e., amostras clínicas). Poderá ser relevante analisar o papel das diferenças de sexo no modelo em análise, assim como as diferentes formas de manifestação da

suicidalidade separadamente (i.e., ideação, ativa e passiva e, tentativas, falhadas e consumadas).

Espera-se que as conclusões obtidas neste estudo permitam acrescentar algo relevante à compreensão das causas da suicidalidade e que, com base nessa compreensão se possa intervir junto dos indivíduos em risco, contribuindo-se para a diminuição da ocorrência de comportamentos suicidários e para a promoção da saúde mental dos jovens adultos, orientando a prática clínica nesse sentido.





## Referências

---

- Alam, Z. (2011). Stressfull life events, vulnerable to stress and depression among Eritrean high school students. *IFE Psychologia*, 19, 380-393. Retrieved from <http://www.ajol.info/index.php/ifep/index>
- Allen, J. P., Hauser, S. T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 254-263. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.254
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia da educação* (3ª Ed. rev.) Braga: Psiquilíbrios.
- Araújo, A. F. (2003). Percepção dos estilos educativos parentais e ajustamento psicológico do adulto: Comparação entre indivíduos com e sem perturbações depressivas. *Paidéia*, 12(24), 215-227. doi: 10.1590/S0103-863X2002000300010
- Arrindell, W. A., & van der Ende, J. (1984). Replicability and invariance of dimensions of parental rearing behavior: Further Dutch experiences with the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 5, 671-682. doi: 10.1016/0191-8869(84)90115-6
- Barksdale, C. L., Walrath, C. M., Compton, J. S., & Goldston, D. B. (2009). Caregiver strain and youth suicide attempt: Are they related?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 152-160. doi: 10.1521/suli.2009.39.2.152
- Bastia, B. K., & Kar, N. (2009). A psychological autopsy study of suicidal hanging from Cuttack, India: Focus on stressful life situations. *Archives of Suicide Research*, 13, 100-104. doi: 10.1080/13811110802572221
- Beautrais, A. (2003). Suicide in New Zealand. II: A review of risk factors and prevention. *The New Zealand Medical Journal*, 116(1175), U461. Retrieved from <http://journal.nzma.org.nz/journal/>
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1543-1551. doi: 10.1016/S0890-8567(09)66563-1

- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton, & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-284). New York: Raven Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beevers, C. G. & Miller, I. W. (2004). Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 126-137. doi: 10.1521/suli.34.2.126.32791
- Besser, A., & Priel, B. (2005a). The apple does not fall far from the tree: Attachment styles and personality vulnerabilities to depression in three generations of women. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 1052-1073. doi: 10.1177/0146167204274082
- Besser, A., & Priel, B. (2005b). Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression: Personality predispositions, and protective factors. *Social Behavior and Personality*, 33, 351-382. doi: 10.2224/sbp.2005.33.4.351
- Besser, A., & Priel, B. (2010). Personality vulnerability, low social support, and maladaptive cognitive emotion regulation under ongoing exposure to terrorist attacks. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 166-201. doi: 10.1521/jscp.2010.29.2.166
- Besser, A., Vliegen, N., Luyten, P., & Blatt, S. J. (2008). A psychodynamic perspective on depression. In W. Hansson, & E. Olsson (Eds.), *New perspectives on women and depression* (pp.15-62). Hauppauge, NY: Nova Science Press.
- Bhatia, M. S., Verma, S. K., & Murty, O. P. (2006). Suicide notes: Psychological and clinical profile. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36, 163-170. doi: 10.2190/5690-CMGX-6A1C-Q28H
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458. doi: 10.1097/00005053-199108000-00001
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti, & S. L.

- Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Emotion, cognition, and representation* (Vol. 6, pp 1-33). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. In J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 399-428). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1996). Relatedness and self-definition: A dialectic model of personality development. In G. G. Noam, & K. W. Fisher (Eds.), *Development and vulnerabilities in close relationships* (pp. 309-338). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Blatt, S. J., Cornell, C. E., & Eshkol, E. (1993). Personality style, differential vulnerability, and clinical course in immunological and cardiovascular disease. *Clinical Psychology Review*, 13, 421-450. doi: 10.1016/0272-7358(93)90013-C
- Blatt, S. J., D'Aflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389. doi: 10.1037/0021-843X.85.4.383
- Blatt, S. J., D'Aflitti, J., & Quinlan, D. (1979). *Depressive Experiences Questionnaire*. Unpublished manual, Department of Psychology, Yale University, New Haven, CT.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parental-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91. doi: 10.1016/0272-7358(92)90091-L
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (1998). A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. In J. W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing*

- evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 73-109). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Blatt, S. J., & Maroudas (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 157-190. doi: 10.1037/h0079351
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124. doi: 10.1037/0022-006X.50.1.113
- Blatt, S. J., & Shahar, G. (2004). Das dialogische selbst: Adaptive und maladaptive dimesionen [The dialogic self: Adaptive and maladaptive dimensions]. In P. Giampieri-Deutsch (Ed.), *Psychoanalyse im dialog der wissenschaften. Band 2. Anglo-Amerikanishce perspektiven. [Psychoanalysis as an Empirical, Interdisciplinary Science, An Anglo-American Perspective]* (Vol. 2, pp. 285-309). Stuttgart: Kohlhammer.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.
- Blatt, S. J., Wein, S. J., Chevron, E. S., & Quinlan, D. M. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 388-397. doi: 10.1037/0021-843X.88.4.388
- Blatt, S. J., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 319-339. doi: 10.1207/s15327752jpa6402\_11
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562. doi: 10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Bowlby, J. (2004). *Apego e perda - Separação: Angústia e raiva* (Vol. 2, 4ª ed., L. H. B. Hegenberg, & M. Hegenberg, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1973)
- Bracconier, A. (2000). *Psicologia psicodinâmica e psicanálise*. Lisboa: Climepsi.
- Breton, J. J., Boyer, R., Bilodeau, H., Raymond, S., Joubert, N., & Nantel, M. A. (2002). Is evaluative research on youth suicide programs theory-driven? The Canadian experience. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 176-90. doi: 10.1521/suli.32.2.176.24397
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal

- ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 180-206. doi: 10.1111/j.16 00-0447.2005.00 702.x
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
- Burbach, D. J., & Borduin, C. M. (1986). Parent-child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review*, 6, 133-153. doi: 10.1016/0272-7358(86)90009-7
- Campos, R. C. (2000). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 18, 285-309.
- Campos, R. C. (2003). Síntese integrativa dos aspetos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade e sobre a psicopatologia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 91-99.
- Campos, R. C. (2009). *Questionário de Experiências Depressivas: Manual*. Évora: Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.
- Campos, R. C. (2010). Depressão, traços depressivos e representações parentais: Um estudo empírico. *Avaliação Psicológica*, 9, 371-382.
- Campos, R. C. (2012). *Textos sobre psicopatologia e diagnóstico psicodinâmico*. Lisboa: Climepsi.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2010). The mediating role of self-criticism and dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27, 1149-1157. doi: 10.1002/da.20763
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2011). The relationships between defenses and experiences of depression: An exploratory study. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 196-208. doi: 10.1037/a0022420
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2012). Distress mediates the association between personality predispositions and suicidality: A preliminary study in a Portuguese community sample. *Archives of Suicide Research*, 16, 44-58. doi: 10.1080/13811118.2012.640583
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt S. J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17, 58-74. doi: 10.1080/13811118.2013.748416

- Campos, R. C., Sobrinho, A. T., & Mesquita, C. (2013). Relacionamento, auto-definição e suicídio: Uma breve discussão teórica. In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. A. Gomes (Orgs.), *Livro de Atas - VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 176-184). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: Estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-8.
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 1-23. doi: 10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405. doi: 10.1017/S0033291702006943
- Cheng, A. T. A., Chen, T. H. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide - Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 360-365. doi: 10.1192/bjp.177.4.360
- Clarke, C. S., Bannon, F. J., & Denihan, A. (2003). Suicide and religiosity — Masaryk's theory revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 502-506. doi: 10.1007/s00127-003-0668-6
- Coimbra de Matos, A. (1982). Razões da morte, morte da razão: Abordagem psicanalítica do suicídio. *Jornal do Médico*, 110, 12-19.
- Coimbra de Matos, A. (1983). Textos sobre narcisismo, depressão e masoquismo. *Análise Psicológica*, 3, 409-424.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-290. doi:10.1037/0022-006X.64.2.282
- Cooper, J., Appleby, L., & Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 271-275. doi: 10.1007/s001270200019
- Cox, B. J., Clara, I. P. & Enns, M. W. (2009). Self-criticism, maladaptive perfectionism, and depression symptoms in a community sample: A longitudinal test of the mediating effects of person-dependent stressful life events. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 336-349. doi: 10.1891/0889-8391.23.4.336

- Dahn, J. R. (2000). Predicting narcissistic and depressive vulnerability: The impact of conflicting parental representations on self and object relations. *Dissertations Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(9-B), 4882.
- Daniel, S. S., & Goldston, D. B. (2009). Interventions for suicidal youth: A review of the literature and developmental considerations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 252-268. doi: 10.1521/suli.2009.39.3.252
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2303-2308. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2303
- Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Anderson, W. P. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 51-56. doi: 10.1037/0022-0167.38.1.51
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., & Berg, J.-L. (2012). Perfectionism dimensions and the five-factor model of personality. *European Journal of Personality*, 26, 233-244. doi: 10.1002/per.829
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 234-252. doi: 10.1037/0022-3514.84.1.234
- Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 389-399. doi: 10.1521/suli.33.4.389.25231
- European Alliance Against Depression. [EAAD]. (s.d.) *Saúde Pública e depressão*. Disponível em <http://www.eaad.net/ptg/our-topic-1.php>
- Eysenck, M. W. (2000). *Anxiety, cognitive biases, and beliefs*. In N. H. Frijda, A. S. R. Manstead, & S. Bem (Eds.), *Emotions and beliefs: How feelings influence thoughts* (pp. 171-184). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Faravelli, C., Albanesi, G., & Poli, E. (1986). Assessment of depression: A comparison of rating scales. *Journal of Affective Disorders*, 11, 245-253. doi: 10.1016/0165-0327(86)90076-5
- Fawcett, J., Busch, K. A., Jacobs, D., Kravitz, H. M., & Fogg, L. (1997). Suicide: A four-pathway clinical-biochemical model. *Annals of the New York Academic of Sciences*, 836, 288-301. doi: 10.1111/j.1749-6632.1997.tb52366.x
- Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior.

- Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 172-185. doi: 10.1521/suli.33.2.172.22777
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 23-39. doi: 10.1017/S003329179900135X
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fotti, S. A., Katz, L. Y., Afifi, T. O., & Cox, B. J. (2006). The associations between peer and parental relationships and suicidal behaviours in early adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 698-703. Retrieved from <http://publications.cpa-apc.org/browse/sections/0>
- Freud, S. (1963). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14) (pp. 237-260). London: The Hogarth Press. (Original work published 1917)
- Furr, S. R., Westefeld, J. S., McConnell, G. N., & Jenkins, J. M. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 97-100. doi: 10.1037/0735-7028.32.1.97
- Galambos, N. L., Barker, E. T., & Krahn, H. J. (2006). Depression, self-esteem, and anger in emerging adulthood: Seven-year trajectories. *Developmental Psychology*, 42, 350-365. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.350
- Garrouette, E. M., Goldberg, J., Beals, J., Herrell, R., Manson, S. M., & the AI-SUPERPFP Team c1 (2003). Spirituality and attempted suicide among American Indians. *Social Science & Medicine*, 56, 1571-1579. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00157-0
- Gassmann-Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, R., DuBrava, S., Suryawanshi, S., ... Nilsson, M. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 90, 554-560. doi: 10.1038/clpt.2011.144
- Gonçalves, A. M., Freitas, P. P., & Sequeira, C. A. C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Factores de risco e de protecção. *Millenium*, 40, 149-159. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/>
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (C.E.S.-D.). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I) (pp. 33-43). Coimbra: Quarteto Editora.



- Guerreiro, D. (2009). Depressão e suicídio. In H. C. Fialho, & C. Ferreira-Borges (Coords.), *Stress, Depressão e Suicídio* (pp. 115-144). Lisboa: Coisas de Ler.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Kooper, B. A., Barrios, F. X., & Bagge, C., L. (2000). Suicide risk assessment in a college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 403-413. doi: 10.1037/0022-0167.47.4.403
- Hall, R. C. W., Platt, D. E., & Hall, R. C. W. (1999). Suicide risk assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics*, 40, 18-27. doi: 10.1016/S0033-3182(99)71267-3
- Hamilton, T. K., & Schweitzer, R. D. (2000). The cost of being perfect: Perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 829-835. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00801.x
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555-561. doi: 10.1037/0021-843X.100.4.555
- Hammen, C., Marks, T., Mayol, A., & DeMayo, R. (1985). Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 308-319. doi: 10.1037/0021-843X.94.3.308
- Hatcher-Kay, C., & King, C. A. (2003). Depression and suicide. *Pediatrics in Review*, 24, 363-371. doi: 10.1542/pir24-11-363
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373, 1372-1381. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X
- Hawton, K., Psych, F. R. C., Houston, K., Haw, C., Psych, M. R. C., Townsend, E. & Harriss, L. (2003). Comorbidity of Axis I and Axis II disorders in patients who attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1494-1500. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1494
- Heikkinen, M. E., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s377), 65-72. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05805.x
- Heikkinen, M. E., Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1997). Recent life events and suicide in personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 373-381. doi: 10.1097/00005053-199706000-00003

- Heo, J. (2008). Mental pain and suicide: Exploring a causal path among trauma, object relations, mental pain and suicidal ideation. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69(2-B), 1327.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Holden, G. W., & Edwards, L. A. (1989). Parental attitudes toward child rearing: Instruments, issues and implications. *Psychological Bulletin*, 106, 29-58. doi:10.1037/0033-2909.106.1.29
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Hooven, C., Snedker, K. A., & Thompson, E. A. (2012). Suicide risk at young adulthood: Continuities and discontinuities from adolescence. *Youth & Society*, 44, 524-547. doi: 10.1177/0044118X11407526
- Hoyle, R. H., & Smith, G. T. (1994). Formulating clinical research hypotheses as structural equation models: A conceptual overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 429-440. doi: 10.1037/0022-006X.62.3.429
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Innamorati, M., Pompili, M., Masotti, V., Personéi, F., Lester, D., Tatarelli, R., ... Amore, M. (2008). Completed versus attempted suicide in psychiatric patients: A psychological autopsy study. *Journal of Psychiatric Practice*, 14, 216-224. doi: 10.1097/01.pra.0000327311.04153.01
- Jegannathan, B., & Kullgren, G. (2011). Gender differences in suicidal expressions and their determinants among young people in Cambodia, a post-conflict country. *BioMed Central Psychiatry*, 11, Article 47. doi: 10.1186/1471-244X-11-47
- Joiner, T. E., Jr., & Rudd, M. D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 909-916. doi: 10.1037/0022-006X.68.5.909
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.191
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2487-2495. doi:

10.1001/jama.293.20.2487

- Khan, M. M., Mahmud, S., Karim, M. S., Zaman, M., & Prince, M. (2008). Case-control study of suicide in Karachi, Pakistan. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 402-405. doi: 10.1192/bjp.bp.107.042069
- Kim, C. D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A. D., & Turecki, G. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: A family study of male suicide completers from the general population. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1017-1019. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.1017
- King, N. (1994). The qualitative research interview. In C. Cassell, & G. Symon (Eds.), *Qualitative methods in organizational research* (pp. 14-36). London: Sage.
- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., ... Gould, M., S. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 837-846. doi: 10.1097/00004583-200107000-00019
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-174.
- Klomek, A. B., Orbach, I., Sher, L., Sommerfeld, E., Diller, R., Apter, A., ... Zalsman, G. (2008). Quality of depression among suicidal inpatient youth. *Archives of Suicide Research*, 12, 133-140. doi: 10.1080/13811110701857160
- Lamis, D. A., Malone, P. S., Langhinrichsen-Rohling, J., & Elis, T. E. (2010). Body investment, depression, and alcohol use as risk factors for suicide proneness in college students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31, 118-127. doi: 10.1027/0227-5910/a000012
- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., & Miller-Loncar, C. L. (2000). Early maternal and child influences on children's later independent cognitive and social functioning. *Child Development*, 71, 358-375. doi: 10.1111/1467-8624.00150
- Levy, K. N., Blatt, S. J., & Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and parental representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 407-419. doi: 10.1037/0022-3514.74.2.407
- Linda, W. P., Marroquín, B., & Miranda, R. (2012). Active and passive problem solving as moderators of the relation between negative life event stress and suicidal ideation among suicide attempters and non-attempters. *Archives of Suicide Research*, 16, 183-197. doi: 10.1080/13811118.2012.695233

- Loas, G., & Defélice, E. (2012). Absolute and relative short-term stability of interpersonal dependency in suicide attempters. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 904-907. doi: 10.1097/NMD.0b013e31826ba141
- Lubell, K. M., Kegler, S. R., Crosby, A. E., & Karch, D. (2007). Suicide trends among youths and young adults aged 10-24 years - United States, 1990-2004. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 56, 905-908. Retrieved from <http://www.cdc.gov/mmwr/>
- Mallinckrodt, B., Abraham, T. W., Wei, M., & Russell, D. W. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 372-378. doi: 10.1037/0022-0167.53.3.372
- Malone, K. M., Quinlivan, L., Grant, T., & Kelleher, C. C. (2013). Ageing towards 21 as risk factor young adult suicide in the UK and Ireland. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22, 263-267. doi: 10.1017/S2045796012000649
- Maltsberger, J. T., Hendin, H., Haas, A. P., & Lipschitz, A. (2003). Determination of precipitating events in the suicide of psychiatric patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 111-119. doi: 10.1521/suli.33.2.111.22778
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/journal.aspx?journalid=13>
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do Alpha de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4, 65-90.
- Marshall, M. P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, 23, 959-997. doi: 10.1016/j.cpr.2003.09.002
- Martins, P. C. R. (2007). *O amante competente e outros campos do imaginário coletivo de universitários sobre dificuldades sexuais masculinas* (Tese de doutoramento). Retirado de <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/>
- McAuliffe, C., Corcoran, P., Keeley, H. S., & Perry, I. J. (2003). Risk of suicide ideation associated with problem-solving ability and attitudes toward suicidal behavior in university students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 24, 160-167. doi: 10.1027//0227-5910.24.4.160
- McCranie, E. W., & Bass, J. D. (1984). Childhood family antecedents of dependency and self-criticism: Implications for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 3-8. doi: 10.1037/0021-843X.93.1.3

- McGee, R., Williams, S., & Nada-Raja, S. (2001). Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 281-291. doi : 10.1023/A:1010353711369
- Mesquita, I. (2013). *Disfarces de amor: Relacionamentos amorosos e vulnerabilidade narcisica*. Lisboa: Climepsi.
- Mongrain, M. (1993). Dependency and self-criticism located within the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 15, 455-462. doi: 10.1016/0191-8869(93)90073-C
- Mongrain, M., Lubbers, R. & Struthers, W. (2004). The power of love: Mediation of rejection in roommate relationships of dependents and self-critics. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 94-105. doi: 10.1177/0146167203258861
- Mongrain, M., & Zuroff, D. C. (1989). Cognitive vulnerability to depressed affect in dependent and self-critical college women. *Journal of Personality Disorders*, 3, 240-251. doi: 10.1521/pedi.1989.3.3.240
- Mongrain, M., & Zuroff, D. C. (1994). Ambivalence over emotional expression and negative life events: Mediators of depression symptoms in dependent and self-critical individuals. *Personality and Individual Differences*, 16, 447-458. doi: 10.1016/0191-8869(94)90071-X
- Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F. & Fahy T. (2003). Does co-morbid personality disorder increase the risk of suicide in psychosis?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 441-448. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00125.x
- Nietzel, N. T., & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 279-297. doi: 10.1016/0272-7358(90)90063-G
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiological Reviews*, 30, 133-154. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- Norton, G. R., Buhr, K., Cox, B. J., Norton, P. J., & Walker, J. R. (2000). The role of depressive versus anxiety-related cognitive factors in social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 28, 309-314. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00099-9
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252. doi: 10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x

- O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 698-714. doi: 10.1521/suli.2007.37.6.698
- O'Connor, R. C., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 392-401. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.007
- O'Donnell, L., O'Donnell, C., Wardlaw, D. M., & Stueve, A. (2004). Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. *American Journal of Community Psychology*, 33, 37-49. doi: 10.1023/B:AJCP.0000014317.20704.0b
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. Geneva: Author. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/publications/prevention\\_suicide\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/)
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (n.d.). *Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Portugal, 1950-2009*. [Table]. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8, 443-454. doi: 10.1177/107319110100800409
- Overholser, J. C., Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 349-361. doi: 10.1002/jclp.20859
- Packman, W. L., Marlitt, R. E., Bongar, B., & Pennuto, T. O. (2004). A comprehensive and concise assessment of suicide risk. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 667-680. doi: 10.1002/bsl.610
- Palitsky, D., Mota, N., Afifi, T. O., Downs, A. C., & Sareen, J. (2013). The association between adult attachment style, mental disorders and suicidality: Findings from population-based study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 579-586. doi: 10.1097/NMD.0b013e31829829ab
- Parker, G. (1983). Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression: A risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960. doi: 10.1001/archpsyc.1983.01790080038005

- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327-333. doi: 10.1001/archpsyc.1975.01760210061003
- Perris, C. (1988). A theoretical framework for linking the experience of dysfunctional parental rearing attitudes with manifest psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(s344), 93-109. doi: 10.1111/j.1600-0447.1988.tb09007.x
- Perris, C., Jacobsson, L., Linndström, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265-274. doi: 10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª Ed. rev.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pianta, R. C., Egeland, B., & Adam, E. K. (1996). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 273-281. doi: 10.1037//0022-006X.64.2.273
- Priel, B., & Shahr, G. (2000). Dependency, self-criticism, social context and distress: Comparing moderating and mediating models. *Personality and Individual Differences*, 28, 515-525. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00116-6
- Quin, P., Agerbo, E., Westergaard-Nielsen, N., Eriksson, T., & Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 546-550. doi: 10.1192/bjp.177.6.546
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Ramos, S. I. V. (2009). *Uma contribuição para o estudo da relação eventual entre tempestades magnéticas e alterações climáticas e comportamentos suicidários*. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/8527>
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Silverman, A. B., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A. K., & Coehn, E. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 599-611. doi: 10.1097/00004583-199505000-00012
- Riggs, S. A., & Jacobvitz, D. (2002). Expectant parents' representations of early attachment relationships: Associations with mental health and family history. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 70, 195-204. doi: 10.1037//0022-006X.70.1.195
- Rocha, H. M. P. (2010). *Adolescente e vínculo parental: (Des)continuidade entre família e escola* (Dissertação de doutoramento). Disponível em <https://ria.ua.pt/>
- Rollins, B. C., & Thomas, D. L. (1979). Parental support, power, and control techniques in the socialization of children. In W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, & I. L. Reiss (Eds.). *Contemporary theories about the family: Research-based theories* (Vol. 1, pp. 317-364). New York: Free Press.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.244
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., ... Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 255-262. doi: 10.1521/suli.2006.36.3.255
- Rude, S. S., & Burnham (1995). Connectedness and neediness: Factors of the DEQ and SAS dependency scales. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 323-340. doi: 10.1007/BF02230403
- Russek, L. G., & Schwartz, G. E. (1997). Feeling of parental caring predict health status in midlife: A 35-year follow-up of the Harvard Mastery of Stress Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 1-13. doi: 10.1023/A:1025525428213
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of the attachment concepts: Retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 549-571. doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb02314.x
- Sá, E. (2001). Morrer, para quê?... *Psiquiatria Clínica*, 22, 127-129.
- Santor, D. A., & Zuroff, D. C. (1998). Controlling shared resources: Effects of dependency, self-criticism, and threats to self-worth. *Personality and Individual Differences*, 24, 237-252. doi: 10.1016/S0191-8869(97)00154-2
- Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31, 185-205.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946. doi: 10.1037/0022-006X.46.5.932



- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139. doi: 10.1037/0022-3514.44.1.127
- Sarchiapone, M., Wasserman, C., Caril, V., Hoven & C., Wasserman, D. (2012). Suicide and affective disorders in adolescents, preliminary results from the seyle project. *European Psychiatry*, 27(s1), AS24-01. doi: 10.1016/S0924-9338(12)74020-8
- Sechrest, L. (1984). Reliability and validity. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Research methods in clinical psychology* (pp. 24-54). New York: Pergamon Press.
- Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. Vandebos, & B. K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (pp. 147-183). Washington: American Psychological Association.
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7, 422-445. doi: 10.1037/1082-989X.7.4.422
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da Life Experiences Survey (LES) à população diabética portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 49-60.
- Silverman, M. M., Meyer, P. M., Sloane, F., Raffel, M. & Pratt, D. M. (1997). The big ten suicide study: A 10-year study of suicides on Midwestern university campuses. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 285-303. doi: 10.1111/j.1943-278X.1997.tb00411.x
- Sobrinho, A. T., Campos, R. C., & Mesquita, C. (2013). Acontecimentos de vida negativos e suicidalidade em jovens adultos. In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. A. Gomes (Orgs.), *Livro de Atas - VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 176-184). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. [SPS]. (2013). *Porque alguém tenta o suicídio?*. Disponível em <http://www.spsuicidologia.pt/index.php/sobre-o-suicidio/questoes-frequentes/26-se-acha-que-e-um-potencial-suicida-3>
- Spijker, J., Graaf, R., Have, M., Nolem, W. A. & Speckens, A. (2010). Predictors of suicidality in depressive spectrum disorders in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 45, 513-521. doi: 10.1007/s00127-009-0093-6

- Takahashi, Y. (2001). Depression and suicide. *Japan Medical Association Journal*, 44, 359-363. Retrieved from <http://www.med.or.jp/english/journal/index.html>
- Titelman, D., Nilsson, A., Svensson, B., Karlsson, H., & Bruchfeld, S. (2011). Suicide-nearness assessed with PORT, the Percept-genetic Object-Relation Test: A replication and a reliability study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 75, 295-314. doi: 10.1521/bumc.2011.75.4.295
- Vetteese, L. C., & Mongrain, M. (2000). Communication about the self and partner in the relationships of dependents and self-critics. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 609-626. doi: 10.1023/A:1005587009681
- Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G., & Sveinbjarnardottir, E. (1998). Factors associated with suicide ideation in adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 97-103. doi: 10.1007/s001270050028
- Weisman, A. D., & Worden, J. W. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives of General Psychiatry*, 26, 553-560. doi: 10.1001/archpsyc.1972.01750240065010
- Weissman, M. M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B. A., & Locke, B. Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. *American Journal of Epidemiology*, 106, 203-214. Retrieved from <http://aje.oxfordjournals.org/>
- Wilson, C. J., & Deane, F. P. (2010). Help-negation and suicidal ideation: The role of depression, anxiety and hopelessness. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 291-305. doi: 10.1007/s10964-009-9487-8
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.
- Yen, S., Shea, M. T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., ... Morey, L. C. (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 375-381. doi: 10.1037/0021-843X.112.3.375
- Zhang, J., McKeown, R. E., Hussey, J. R., Thompson, S. J., & Woods, J. R. (2005). Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Annals of Epidemiology*, 15, 167-174. doi: 10.1016/j.annepidem.2004.07.095
- Zuroff, D. C. (1992). New directions for cognitive models of depression. *Psychological Inquiry*, 3, 274-277. doi: 10.1207/s15327965pli0303\_19

# Anexos

## Departamento de Psicologia

Gostaria de pedir a sua colaboração para participar numa investigação para uma tese de mestrado sobre estados afetivos e personalidade em jovens adultos.

A sua tarefa consiste em responder aos questionários que serão distribuídos a seguir

Deverá responder aos questionários pela ordem apresentada. Após terminar o preenchimento de um questionário e iniciar o outro, por favor não volte atrás, ao questionário anterior.

Leia as instruções de cada um deles, porque são diferentes.

Se tiver alguma dúvida como responder não hesite em perguntar.

Por favor seja sincero nas repostas e sinta-se à vontade uma vez que a resposta aos questionários é anónima e estritamente confidencial. Não escreva o seu nome em nenhuma das folhas, apenas as iniciais do seu nome completo, a sua idade, sexo, curso que frequenta, escolaridade e profissão no espaço correspondente na primeira folha do protocolo

A necessidade de pedir as iniciais do seu nome completo tem a ver com o facto de daqui a alguns meses tencionar pedir-lhe novamente a colaboração para nova resposta aos questionários.

Apenas a responsável pela investigação terá acesso às suas respostas que serão tratadas em conjunto com as de outras pessoas, e não individualmente.

Não leve muito tempo com cada questionário, mas ainda assim, não responda apressada e descuidadamente.

**Se está de acordo e aceita participar, por favor rubrique em baixo e depois comece a responder quando forem distribuídos os questionários**

Tomei conhecimento das condições desta investigação e aceito participar:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rúbrica \_\_\_\_\_

Muito obrigado pela sua participação!

A mestranda:

Ana Teresa Sobrinho



Departamento de Psicologia

## Ficha de Dados Demográficos:

Identificação (as iniciais do seu nome completo): \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

## QCS-R

(SBQ-R; Osman et al., 2001)

Versão portuguesa de Rui C. Campos, Sofia Rebelo e Helena Abreu (2011)

**INSTRUÇÕES:** Para cada uma das 4 perguntas, assinale com uma cruz a resposta que melhor se aplica a si. Para cada uma das 4 perguntas escolha apenas uma das respostas.

### 1- Já alguma vez pensou em matar-se ou tentou matar-se?

- ☐ 1 - Nunca
- ☐ 2 - Tive apenas um breve pensamento passageiro
- ☐ 3a - Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, mas não o tentei fazer
- ☐ 3b - Tive um plano para me matar, pelo menos uma vez, e queria realmente morrer
- ☐ 4a - Tentei matar-me, mas não queria morrer
- ☐ 4b - Tentei matar-me, e esperava mesmo morrer

### 2- Com que frequência pensou matar-se no último ano?

- ☐ 1 - Nunca
- ☐ 2 - Raramente (1 vez)
- ☐ 3 - Algumas vezes (2 vezes)
- ☐ 4 - Frequentemente (3 ou 4 vezes)
- ☐ 5 - Muito frequentemente (5 ou mais vezes)

### 3- Já alguma vez disse a alguém que iria suicidar-se ou que poderia vir a suicidar-se?

- ☐ 1 - Não
- ☐ 2a - Sim, uma vez, mas não queria realmente morrer
- ☐ 2b - Sim, uma vez, e queria realmente morrer
- ☐ 3a - Sim, mais do que uma vez, mas não queria fazê-lo
- ☐ 3b - Sim, mais do que uma vez, e queria realmente fazê-lo

### 4- Qual a probabilidade de poder vir a tentar suicidar-se um dia?

- ☐ 0 - Nunca
- ☐ 1 - Nenhuma possibilidade
- ☐ 2 - Bastante improvável
- ☐ 3 - Improvável
- ☐ 4 - Provável
- ☐ 5 - Bastante provável
- ☐ 6 - Muito provável

*Interdita a reprodução desta página.*

## AVALIAÇÃO DE ACONTECIMENTOS DE VIDA

*Life Experiences Survey- Versão Portuguesa. Isabel Silva & J. Ribeiro (2003)*

A seguir vai encontrar uma lista de acontecimentos que, por vezes, trazem algumas mudanças à vida de quem passa por eles.

Se esses acontecimentos ocorreram consigo durante o último ano, por favor, responda se tiveram consequências positivas (boas) ou negativas (más) na sua vida.

*(Faça uma cruz (X) na resposta que parece ser mais próxima daquilo que pensa)*

Acontecimento de vida	Muito negativo	Mais ou menos negativo	Um pouco negativo	Não teve consequências nenhumas	Um pouco positivo	Mais ou menos positivo	Muito positivo	Não se aplica
1.casamento								
2.problemas com a justiça								
3.morte do marido/companheiro								
4.alteração dos hábitos de sono (dormir								
5.morte de uma pessoa da família								
a) mãe								
b) pai								
c) irmão								
d) irmã								
e) avó								
f) avô								
g) outro (qual?-----)								
6.grande mudança nos hábitos alimentares								
7.recusa de empréstimo ou hipoteca								
8.morte de um amigo/amiga próximo/a								
9.grande sucesso na vida pessoal								

*Interdita a reprodução desta página.*

# QED ©

Sidney Blatt, Joseph D’Afflitti e Donald Quinlan (1976, 1979)

Versão portuguesa de Rui C. Campos (2000)

**INSTRUÇÕES:** Em baixo encontra um conjunto de afirmações respeitantes a características e traços pessoais. Leia cada afirmação e decida se concorda ou discorda e em que grau. Se concorda totalmente, faça um círculo à volta do algarismo 7. Se discorda totalmente, faça um círculo à volta do algarismo 1. Se se posiciona algures num ponto intermédio, faça um círculo à volta de um dos algarismos entre 1 e 7. Se está numa posição totalmente neutra ou indeciso faça um círculo à volta do algarismo 4.

		Discordo					Concordo	
		Totalmente					Totalmente	
1-	Coloco os meus padrões e objectivos pessoais tão alto quanto possível	1	2	3	4	5	6	7
2-	Sem o apoio dos que me são próximos, sentir-me-ia desamparado(a)	1	2	3	4	5	6	7
3-	Tenho mais tendência a estar satisfeito(a) com os meus objectivos e planos actuais, do que em lutar por objectivos mais altos	1	2	3	4	5	6	7
4-	Algumas vezes sinto-me muito grande, e outras sinto-me muito pequeno(a)	1	2	3	4	5	6	7
5-	Quando estou intimamente envolvido(a) com alguém, nunca sinto ciúmes	1	2	3	4	5	6	7
6-	Necessito urgentemente de coisas que só os outros me podem proporcionar	1	2	3	4	5	6	7
7-	Frequentemente, acho que não vivo de acordo com os meus próprios modelos ou ideais	1	2	3	4	5	6	7
8-	Sinto que estou sempre a usar plenamente as minhas potenciais capacidades	1	2	3	4	5	6	7

© Copyright: Sidney Blatt, Joseph D’Afflitti e Donald Quinlan, 1979

© Copyright da versão portuguesa: Rui C. Campos, 2009

*Interdita a reprodução desta página.*



## CES-D

Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira **durante a semana passada** fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

Use a seguinte chave:

- ☐ *Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)*
- ☐ *Ocasionalmente (1 ou 2 dias)*
- ☐ *Com alguma frequência (3 ou 4 dias)*
- ☐ *Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)*

Durante a semana passada:	Nunca ou muito raramente	Ocasionalmente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Senti que valia tanto como os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Senti-me deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Senti-me confiante no futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Senti-me com medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dormi mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Senti-me feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Falei menos do que o costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Senti-me sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Senti prazer ou gosto na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tive ataques de choro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Senti-me triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Senti falta de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T.Fagulha & B.Gonçalves, FPCE-UL. Versão para estudo.

*Interdita a reprodução desta página.*

## EMBU

(C. Perris, L. Jacobsson; H. Lindstrom; L. Von Knorring & H. Perris; 1984)

Umea University (Department of Psychiatry & WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health); Groningen University (Department of Psychology); Universidade Técnica de Lisboa (Departamento de Educação Especial e Reabilitação); Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia (Departamento de Terapêutica do Comportamento).

### Memórias de Infância

**INSTRUÇÕES:** Em seguida ser-lhe-ão colocadas algumas questões relativas à sua infância e adolescência. É importante lembrar-se dos comportamentos dos seus pais em relação a si, tal como os recorda, até ter a idade de 16 anos. Mesmo que às vezes seja difícil relembrar como é que os nossos pais se comportavam em relação a nós, quando eramos crianças e adolescentes, cada um de nós tem certas memórias dos princípios por eles utilizados na nossa educação.

Leia cada questão cuidadosamente e considere qual a resposta que melhor se aplica ao seu caso. Responda separadamente, em relação ao comportamento da sua mãe e do seu pai, colocando, para cada questão, uma X num dos quadrados em frente a Pai, para avaliar o comportamento do seu pai e outra num dos quadrados em frente a Mãe, para avaliar o comportamento da sua mãe.

#### Por exemplo:

Os meus pais eram amáveis comigo

	Pai	Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Os meus pais eram severos ou zangavam-se comigo sem me explicarem porquê

	Pai	Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Os meus pais elogiavam-me

	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Desejava que os meus pais se preocupassem menos com o que eu fazia

	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Os meus pais deram-me mais castigos físicos do que eu merecia

	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Quando chegava a casa tinha de contar tudo o que tinha feito

	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Os meus pais contribuíram para que a adolescência fosse uma época de aprendizagens importantes, na minha vida.

	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Os meus pais criticavam-me à frente dos outros

	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Os meus pais proibiam-me de fazer coisas que a outras crianças eram permitidas por terem medo que me pudesse acontecer alguma coisa

	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interdita a reprodução desta página.

## **Anexo II**

### **Lista dos acontecimentos de vida inicialmente selecionados**

- Alterações nos hábitos de sono (item 4)
- Morte de um familiar (item 5a, 5b, 5c, 5d, 5f, 5g)
- Morte de um amigo próximo (item 8)
- Alterações na situação profissional/ académica (item 13)
- Doença de familiares (15a, 15b, 15c, 15d, 15e, 15f, 15g, 15h)
- Dificuldades sexuais (item 16)
- Problemas com a família do(a) namorado (a)/ companheiro(a) (item 18)
- Alterações no nível económico (item 19)
- Problemas familiares (item 20)
- Mudança de casa (item 22)
- Alterações nas práticas religiosas (item 24)
- Alterações na ocupação dos tempos livres (item 29)
- Ser vítima de doença/acidente grave (item 35)
- Alterações nas atividades sociais (item 36)
- Terminar uma relação amorosa (item 45)
- Sair de casa pela 1ª vez (item 46)

### Anexo III

Correlações entre os itens seleccionados da LES e a suicidalidade

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	M	SD
Acontecimentos de vida											
1. Item 15a (doença do pai)	—									-.16	.61
2. Item 15b (doença da mãe)	.098	—								-.24	.71
3. Item 15f (doença da avó)	.006	.029	—							-.24	.73
4. item 16 (dificuldades sexuais)	.017	.076	.000	—						-.14	.50
5. Item 19 (alterações no nível económico)	.060	.167**	.157*	-.021	—					-.59	1.17
6. Item 29 (alterações na ocupação dos tempos livres)	.067	.020	.026	.088	.074	—				-.40	1.43
7. Item 35 (ser vítima de doença/acidente grave)	.098	.261**	.186**	.191**	.201**	.027	—			-.20	.69
8. Item 36 (alterações nas atividades sociais)	.112	.107	.011	.023	.100	.406**	.196**	—		.77	1.54
Suicidalidade											
9. Total Suicidalidade	.146*	.177**	.135*	.156*	.141*	.157*	.135*	.135*	—	4.84	2.27

Nota: N = 105. \* $p < .05$ , two-tailed. \*\* $p < .01$ , two-tailed. \*\*\* $p < .001$ , two-tailed.

